

柔道整復施術療養費・医療費支給申請書（令和 年 月分）

（あて先） 名古屋市 長

都道府県番号		23		施術機関コード			
保険者番号							
記号・番号							
1.協2.組3.共 自		1.単2.2併3.3併		2.本人4.六歳6.家族		8.高一0.高7	
10・9		8・7					
公費負担者番号(*1)							
受給者番号							
受給者の氏名(子ども医療の場合は、対象児童名)及び住所		氏名		住所		電話	
療養を受けた者の氏名		生年月日		負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による			
男 明・大・昭							
女 平・令		年 月 日					
負傷名		負傷年月日		初検年月日		施術開始年月日	
施術終了年月日		実日数		継続月数		転 帰	
(1)		・		・		治癒・中止・転医	
(2)		・		・		治癒・中止・転医	
(3)		・		・		治癒・中止・転医	
(4)		・		・		治癒・中止・転医	
(5)		・		・		治癒・中止・転医	
経 過							
施術日		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					
初検料		円		初検時相談支援料		円	
往療料		km 円		金属副子等加算		円	
加算(休日・深夜・時間外)		円		再検料		円	
加算(夜間・難路・暴風雨雪)		円		柔道整復運動後療料		円	
整復料・固定料・施療料		(1) 円		(2) 円		(3) 円	
(4) 円		(5) 円		計		円	
部位		通減 %		通 減 開始月日		後 療 料 円 回	
冷電法料		円 回		温電法料		円 回	
電療料		円 回		計		円	
(1)		100		――			
(2)		80		――			
		100					
摘 要				合 計		円	
				一部負担金		円	
				請 求 金 額		円	
金属副子等加算日		1回目 日		2回目 日		3回目 日	
柔道整復運動後療料加算日		日		日		日	
医療助成額(*2)						円	
支払機関欄		届出のとおり		登録記号番号		――	
上記のとおり施術したことを証明します。		令和 年 月 日		所在地 〒 -		施術所 名 称	
電 話		フリガナ		柔 道 整復師 氏 名		受取代理人への委任の欄	
上記請求に基づく医療費の受領方を左記の者に委任します。		令和 年 月 日		(市町村長あて) 名古屋市市長殿		住 所(上記住所欄と同じ場合は、記載を省略することができます。)	
電話						申請者氏名(受給者氏名。子ども医療の場合は、医療証に記載の対象者氏名)	
*自身で記入できない場合は、代理記入してください。							

備考 この用紙は、日本産業規格A4とすること。
*1 福祉給付金支給制度に該当する場合は、公費負担者番号を記入すること。
(子ども医療、ひとり親家庭等医療、障害者医療に該当する場合は、未記入とすること。)
*2 「医療助成額」欄は、市町村が記入するため、未記入とすること。