（様式第８号）

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			

保険種別	1.協	2.組	3.共	自	単併区分	1.単独 2.2併 3.3併	本家区分	2.本人 4.六歳 6.家族	8.高一 0.高7	給付割合	10・9 8・7
	4.国	5.退	6.後期								

子　障　親　福

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

施術の内容欄

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 女	明・大・昭 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	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		請求区分	新規　・　継続

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　回　km　円	金属副子等加算　回　円	施術情報提供料　円	明細書発行体制加算　円	計	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　回　円				
整復料・固定料・施療料	(1)　円	(2)　円	(3)　円	(4)　円	(5)　円	計	円

部位	逓減%	逓減開始月日	後療料	冷罨法料	温罨法料	電療料	計	多部位	計	長期	計
			円　回　円	回　円	回　円	回　円	円		円		円
(1)	100	――						――	――		
(2)	100	――						――	――		
(3)	60	――						0.6			
	100							――	――		
(4)	60							0.6			
	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 明細書発行体制加算　加算日　日	柔道整復運動後療料加算日　日　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

施術証明欄

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

柔道整復師　フリガナ　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る。）

〒　　－

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。