（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 | | | |

子　障　親　福

| 公費負担者番号（＊1） | |
|---|---|
| 受給者番号 | |

| 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 | | | | | | | | |

| 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 | 〒　　－<br>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<br>女 | 明・大・昭<br>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 | | 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　円　回　円 | 冷罨法料　回　円 | 温罨法料　回　円 | 電療料　回　円 | 計　円 | 多部位 | 計　円 | 長期 | 頻回 | 計　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<br>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<br>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。