新用紙の主な変更点

（様式第5号）

柔道整復施術療養費支給申請書

令和　　年　　月分　公益社団法人 日本柔道整復師会 専用

都道府県番号	13
保険者番号	
記号・番号	

新旧用紙を見分けるためラインを入れました

公費負担者番号①		公費負担医療の受給者番号①	
公費負担者番号②		公費負担医療の受給者番号②	

保険種別	1.協 2.組 3.共 自 4.国 5.退 6.後期
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

被保険者 世帯主・組合員の 受給者	氏名 住所	氏名		住所	

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
1男 2女	1明 2大 3昭 4平 5令 年 月 日	

「継続月数」欄

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 km 回 円	金属副子等加算 回 円	施術情報提供料 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

「頻回」欄

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

「明細書発行体制加算 加算日」欄

明細書発行体制加算　加算日　　日

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 日 日

合計	円
一部負担金	円
請求金額	円
※	円

支払機関欄

支払区分	預金の種類	金融機関	フリガナ	コウエキシャダンホウジントウキョウトジュウドウセイフクシカイ	登録記号番号
①振込 2:銀行送金 3:当地払	①普通 2:当座 3:通知 4:別段	りそな ㊞銀行 金庫 農協 本郷 本店 ㊞支店 本・支所	口座名称	公益社団法人東京都柔道整復師会	協131 —0—0
			口座番号	0 8 3 0 0 3 3	

施術証明欄

上記の通り施術したことを証明します。療養費の受領を、協定に基づき、(公社)東京都柔道整復師会会長に委任します

令和　年　月　日

施術所　所在地〒　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

上記請求に基づく給付金の受領方を左記の者に委任します。

令和　年　月　日

住所（上記住所欄と同じ）

被保険者［世帯主 組合員 受給者］　氏名

この欄は、患者が記入してください。ただし、患者が記入することができない場合には、代理記入の上、ぼ印してください。

処理欄

被保険者証等の記号　被保険者証等の番号

療養を受けた者のヨミガナ　会員番号　—

（注）この申請書の内容に誤りがある場合は返戻内容を記入した付箋を添付の上、公益社団法人東京都柔道整復師会宛ご送付下さい。
（注）請求額に対する支給額の増減又は不支給等がある場合は、内容を明記した申請書の写しを公益社団法人東京都柔道整復師会宛ご送付下さい。

公益社団法人東京都柔道整復師会　〒113-0033 東京都文京区本郷1－11－6　TEL 03-3815-0811　FAX 03-3815-1258