

(様式第5号の2)

柔道整復施術療養費支給申請書(償還払い用) (令和 年 月分)

|                    |  |                                                                                              |                       |                     |                        |                 |                  |                  |                              |               |               |                 |  |                                                                                                                                                                                 |           |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |       |  |  |  |  |
|--------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|------------------------|-----------------|------------------|------------------|------------------------------|---------------|---------------|-----------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|-------|--|--|--|--|
| 被保険者証等の<br>記号番号    |  |                                                                                              |                       |                     |                        |                 |                  |                  |                              |               |               |                 |  |                                                                                                                                                                                 |           |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |       |  |  |  |  |
| 療養を受けた者の氏名         |  | 生 年 月 日                                                                                      |                       |                     | 負傷の原因                  |                 |                  |                  |                              |               |               |                 |  |                                                                                                                                                                                 |           |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |       |  |  |  |  |
| 1男                 |  | 3 昭 4 平 5 令                                                                                  |                       |                     |                        |                 |                  |                  |                              |               |               |                 |  |                                                                                                                                                                                 |           |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |       |  |  |  |  |
| 2女                 |  | 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<br>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<br>支援料 円                                                                               |                       | 往療料 km<br>回 円       |                        | 金属副子等<br>加算 円   |                  | 回数 円             |                              | 施術情報<br>提供料 円 |               | 明細書発行<br>体制加算 円 |  | 計 円                                                                                                                                                                             |           |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |       |  |  |  |  |
| 加算(休日・深夜・時間外)<br>円 |  | 再検料 円                                                                                        |                       | 加算(夜間・難路・暴風雨雪)<br>円 |                        | 柔道整復<br>運動後療料 円 |                  | 回数 円             |                              | 円             |               | 円               |  | 計 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<br>%                                                                                      | 通減開始<br>月 日           | 後療料<br>円 回 円        |                        | 冷電法料<br>回 円     |                  | 温電法料<br>回 円      |                              | 電療料<br>回 円    |               | 計 円             |  | 多部位<br>計 円                                                                                                                                                                      | 長期<br>計 円 | 頻回<br>計 円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |       |  |  |  |  |
| (1)                |  | 100                                                                                          | —                     |                     |                        |                 |                  |                  |                              |               |               |                 |  | —                                                                                                                                                                               | —         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |       |  |  |  |  |
| (2)                |  | 100                                                                                          | —                     |                     |                        |                 |                  |                  |                              |               |               |                 |  | —                                                                                                                                                                               | —         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |       |  |  |  |  |
| (3)                |  | 60                                                                                           | —                     |                     |                        |                 |                  |                  |                              |               |               |                 |  | 0.6                                                                                                                                                                             |           |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |       |  |  |  |  |
| (4)                |  | 100                                                                                          |                       |                     |                        |                 |                  |                  |                              |               |               |                 |  | —                                                                                                                                                                               | —         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |       |  |  |  |  |
| (4)                |  | 60                                                                                           |                       |                     |                        |                 |                  |                  |                              |               |               |                 |  | 0.6                                                                                                                                                                             |           |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |       |  |  |  |  |
| (4)                |  | 100                                                                                          |                       |                     |                        |                 |                  |                  |                              |               |               |                 |  | —                                                                                                                                                                               | —         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |       |  |  |  |  |
| 摘 要                |  |                                                                                              |                       |                     |                        |                 |                  |                  |                              |               |               | 合 計             |  |                                                                                                                                                                                 |           |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |       |  |  |  |  |
|                    |  |                                                                                              |                       |                     |                        |                 |                  |                  |                              |               |               | ※               |  |                                                                                                                                                                                 |           |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |       |  |  |  |  |
| 金属副子等<br>加算日       |  | 1回目<br>日 日                                                                                   |                       | 2回目<br>日 日          |                        | 3回目<br>日 日      |                  | 柔道整復運動<br>後療料加算日 |                              | 日 日 日 日 日     |               | 円               |  |                                                                                                                                                                                 |           |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |       |  |  |  |  |
| 明細書発行体制加算<br>加算日   |  | 日 日                                                                                          |                       |                     |                        |                 |                  |                  |                              |               |               | 円               |  |                                                                                                                                                                                 |           |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |       |  |  |  |  |
| 申請欄                |  | 上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。<br>令和 年 月 日 住所 〒 -<br>申請者 (被保険者) 氏名 電話<br>殿                    |                       |                     |                        |                 |                  |                  |                              |               |               |                 |  |                                                                                                                                                                                 |           |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |       |  |  |  |  |
| 支払機関欄              |  | 支払区分<br>1:振込                                                                                 | 預金の種類<br>1:普通<br>2:当座 |                     | 金融機関<br>銀行<br>金庫<br>農協 |                 | 本店<br>支店<br>本・支所 |                  | フリガナ<br>口座<br>名称<br>口座<br>番号 |               |               |                 |  |                                                                                                                                                                                 |           |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |       |  |  |  |  |
| 施 術 証 明 欄          |  | 上記のとおり施術し、その費用を領収しました。<br>令和 年 月 日<br>所在地〒<br>施術所 名称<br>電 話<br>登録番号<br>柔道<br>整復師 フリガナ<br>氏 名 |                       |                     |                        |                 |                  |                  |                              |               |               | 受取代理人への委任の欄     |  | 本申請書に基づく給付金に関する受領を事業主(代理人)に委任します。<br>令和 年 月 日<br>被 保 険 者 氏 名<br>( 申 請 者 )<br>事業所所在地<br>事 業 主 事業所名<br>( 代 理 人 ) 事業主名<br>◎給付金に関する受領を事業主(代理人)に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合に記入してください。 |           |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |       |  |  |  |  |

備考 この用紙は、A列4番とすること。(※は保険者使用欄)

東京都食品健康保険組合