

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              |  | 1明                            | 2大       | 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     |    |             | 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<br>談<br>支援料 |                  | 円        |       | 往療料            |      | 回 km<br>円 |         | 金属副子等加算       |                              | 回<br>円  |    | 施術情報<br>提供料 |          | 円  |    | 明細書発<br>行加算 |    | 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<br>運動後療料 |                              | 回<br>円  |    | 円           |          | 円  |    | 円           |    | 計  |    | 円  |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 整復料・固定料・施療料     |  | (1) 円                         |          | (2) 円            |                  | (3) 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           |                              | 多部位 計 円 |    | 長期 計 円      |          |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| (1)             |  | 100                           | —        |                  |                  |          |       |                |      |           |         |               |                              | —       |    | —           |          |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| (2)             |  | 80                            | —        |                  |                  |          |       |                |      |           |         |               |                              | —       |    | —           |          |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|                 |  | 100                           |          |                  |                  |          |       |                |      |           |         |               |                              |         |    |             |          |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 摘 要             |  |                               |          |                  |                  |          |       |                |      |           |         |               |                              |         |    | 合 計         |          |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|                 |  |                               |          |                  |                  |          |       |                |      |           |         |               |                              |         |    | ※           |          |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 金属副子等<br>加算日    |  | 1回目                           | 2回目      | 3回目              | 柔道整復運動<br>後療料加算日 |          | 日     | 日              | 日    | 日         | 日       | 計 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。 |          |                  |                  |          |       |                |      |           |         |               |                              |         |    |             |          |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|                 |  | 令和 年 月 日                      |          |                  |                  |          |       |                |      |           |         | 住所 〒 -        |                              |         |    |             |          |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|                 |  | 神戸機械金属健康保険組合理事長 様             |          |                  |                  |          |       |                |      |           |         | 申請者 (被保険者) 氏名 |                              |         |    |             |          |    |    |             |    | 電話 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 支払機関欄           |  | 支払区分                          | 預金の種類    | 金融機関             | 銀行               | 本店       | 支店    | 本・支所           | フリガナ | 口座        | 名称      | 口座            | 番号                           |         |    |             |          |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|                 |  | 1:振込                          | 1:普通     |                  |                  |          |       |                |      |           |         |               |                              |         |    |             |          |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|                 |  |                               | 2:当座     |                  |                  |          |       |                |      |           |         |               |                              |         |    |             |          |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
| 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。        |          |                  |                  |          |       |                |      |           |         | 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代理人に委任します。 |         |    |             |          |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|                 |  | 令和 年 月 日                      |          |                  |                  |          |       |                |      |           |         |               | 令和 年 月 日                     |         |    |             |          |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|                 |  | 所在地〒                          |          |                  |                  |          |       |                |      |           |         |               | 申 請 者 住 所 (被保険者) 氏名          |         |    |             |          |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|                 |  | 施術所 名称                        |          |                  |                  |          |       |                |      |           |         |               | 代 理 人 住 所 氏名                 |         |    |             |          |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|                 |  | 電 話                           |          |                  |                  |          |       |                |      |           |         |               |                              |         |    |             |          |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|                 |  | 登録番号                          |          |                  |                  |          |       |                |      |           |         |               |                              |         |    |             |          |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|                 |  | 柔道整復師 氏名                      |          |                  |                  |          |       |                |      |           |         |               |                              |         |    |             |          |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |
|                 |  | フリガナ                          |          |                  |                  |          |       |                |      |           |         |               |                              |         |    |             |          |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |