

緊急特集!

接骨院(整骨院)での治療費の支払いは、本来患者が請求する療養費を接骨院(整骨院)が代わりに請求し、受領しています。

接骨院(整骨院)が代わりに受領するためには、委任状が必要となります。

委任状を記入する際に、先生とよく内容を確認し、署名・押印しましょう。

(様式第5号)

柔道整復施術療養費支給申請書

平成 年 月 分

都道府県番号 01		施設機関コード																													
保険者番号																															
記号・番号																															
公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①	保険種別	1.協 2.組 3.共 4.国 5.通 6.健康																												
公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②	併用区分	1.単独 2.2併 3.3併 4.4併 5.6併 6.家族																												
被保険者 氏名		8.高一	9.給付割合																												
世帯主・組合員の受給者	住所	0.高7	10・9																												
氏名	住所	住所・氏名・生年月日を確認!																													
療養を受けた者の氏名		生年月日	性別																												
1男 1男2大		年月日																													
2女 3昭4平		年月日																													
負傷名	負傷年月日	初療年月日	施設開始年月日																												
(1)			施設終了年月日																												
(2)			実日数																												
(3)			転帰																												
(4)			治療・中止・転医																												
(5)			治療・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	切検料	円	再検料	円	往療料	km	回	円	全額副子等加算(大・中・小)	円	計	円																		
加算(休日・深夜・時間外)	円	加算(夜間・難路・暴風雨雪)	円	施設情報提供料	円																										
整復料・固定料・施術料	(1) 円	(2) 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円	計	円																								
部位	減減%	減減開始月日	後療料	円	回	円	冷電法料	円	回	円	温電法料	円	回	円	電療料	円	計	円	多量位	計	円	長期	計	円							
[1]	100	—																													
[2]	100	—																													
[3]	70	—																		0.7											
[4]	100	—																													
[4]	70	—																		0.7											
[4]	100	—																													
摘要																		合計	円												
医療費を確認!																		一部負担金	円												
一部負担金の金額が患者負担分です																		請求金額	円												
																		※	円												
支払区分	1:振込	2:銀行送金	3:当地私	4:別送	種別の種類	1:普通	2:当座	3:通知	4:別送	金融機関	銀行	金庫	農協	本店	支店	本・支	委任状となっています! 先生に内容を確認して署名・押印しましょう														
上記のとおり施術したことを証明します。																		受取代理人の欄													
施術証明欄	平成 年 月 日																														
所在地	所在地(上記住所欄と同じ)																														
施術所名称	被保険者																														
電話	世帯主																														
柔道フリア	組合員																														
整復師氏名	受給者																														
氏名																															

備考 この用語は、日本工業規格A列4番とすること。(※は保険者使用欄)