

CHECK!!

「療養費支給申請書」に署名する際には、 以下の点をしっかり確認してください

負傷年月日、負傷部位、負傷原因など間違いはないか、確認してください。

住所欄には郵便番号と電話番号も記入してください。

施術を受けた日数や施術を受けた日が正しいか確認してください。

(様式第5号)
柔道整復施術療養費支給申請書
平成 31 年 2 月分

都道府県番号		01		施術機関コード			
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			
公費負担者番号②				公費負担医療の受給者番号②			
被保険者 世帯主・組合員の 受給者		氏名 健保 太郎		住所 〒×××-×××× ×××××××××× 電話番号 ××-××××-××××			
療養を受けた者の氏名		氏名 健保 太郎		生 年 月 日 1 男 2 大 2 女 3 男 4 平 ○ 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	
負 傷 名		負 傷 年 月 日		初 検 年 月 日		施術開始年月日	
(1) 左膝部打撲		30・2・5		30・2・5		30・2・9	
(2) 左下腿部打撲下部		30・2・5		30・2・5		30・2・9	
(3)		・		・		・	
(4)		・		・		・	
(5)		・		・		・	
経 過						請求区分 新規・継続	
の 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					
摘 要							
合 計						円	
一部負担金						円	
請求金額						円	
上記のとおり施術したことを証明します。 平成 31 年 2 月 9 日 所在地 〒 ×××××××××× 施術所 名称 ○×接骨院 電 話 ××-××××-×××× 柔道整復師氏名 ○○ ○○		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。 平成 31 年 2 月 9 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 健保 太郎					

応急手当以外の骨折・不全骨折・脱臼の施術の場合は、「同意した医師の氏名と同意日」が記載されます。

申請書に記載された内容をよく確認してから、自分で署名してください。利き手を負傷しているなどやむを得ない理由がある場合を除いて代筆は認められません。