

宮城県国保連合会から送付している  
診療(調剤)報酬等支払額決定通知書に記載されている番号「045-00×××××」  
のうち「045」と「下5桁の数字」を記載して  
下さい。  
※045の後ろの-(ハイフン)については、  
記載の有無を問いません。

宮城県は0

(様式第5号)

# 柔道整復施術療養費支給申請書

令和 年 月 分

都道府県番号 04 施術機関コード 045×××××

保険者番号

記号・番号

公費負担者番号①

1.協 2.組 3.共 単併 1.単 2.本 8.高一 給付割合 10・9

公費負担者番号②

4.国 5.退 6.後期 区分 3.3併 2.2併 4.六歳 6.家族 0.高7 8・7

被保険者 氏名 ※① 住所

療養を受けた者の氏名	生 年 月 日	負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為
1 男 1 明 2 大		
2 女 3 昭 4 平	年 月 日	

〈本家区分〉  
「2. 本人」: 国保一般本人、退職者本人  
「4. 六歳」: 未就学者  
「6. 家族」: 国保一般家族、退職者家族  
「8. 高一」: 70歳~74歳・後期高齢者の一般・低所得

被保険者証に記載されている、住所・氏名・生年月日・性別及び一部負担金の割合を上記載してください。

摘要

合計	円
一部負担金	円
請求金額	円
※	円

支払区分 1:振込 2:銀行送金 3:当地払 4:別段

登録記号番号

上記のとおり施術したことを証明します。  
令和 年 月 日  
所在地〒  
施術所名称  
電話  
柔道 フリガナ  
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。  
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 ※②

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

(※は保険者使用欄)

※①と※②の欄は、同一の被保険者名を記載して下さい。