

「柔道整復施術療養費支給申請書の記載要領」

(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		施術機関コード		7ケタを記入			
										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				1. 単独 2. 2併 3. 3併		1. 本人 2. 六歳 3. 家族		8. 高一 0. 高7		10・9 8・7	
公費負担者番号 ②						公費負担医療の受 給者番号②				4. 協 5. 退 6. 後期		4. 国 5. 退 6. 後期		1. 単独 2. 2併 3. 3併		10・9 8・7	
被保険者 世帯主・組合員の 受給者		氏名		氏名		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外の原因による									
1 男				1 明 2 大													
2 女				3 昭 4 平				年 月 日									

〈給付割合の注意〉
 ※該当する保険給付割合の数字を○で囲んで下さい。
 ※70歳～74歳までの前期高齢者で、一般・低所得者は8割です。(9割に○をしないで下さい。)

〈本家区分とは・・・〉

- 「2・本人」国保一般、退職者の本人
- 「4・六歳」未就学児者
- 「6・家族」退職者の家族
- 「8・高一」70歳～74歳の一般・低所得者、後期高齢者の一般・低所得者
- 「0・高7」後期高齢者の上位者7割

施術機関コードとは・・・

施術機関コード＝宮城県国保連コード

宮城県国保連協会から送付の診療報酬等支払額決定通知書に記載しています。

診療報酬等支払額決定通知書

柔整団体機関	
〒	045-0012345
〇〇整骨院	様

都道府県番号一覧

01 北海道	17 石川県	33 岡山県
02 青森県	18 福井県	34 広島県
03 岩手県	19 山梨県	35 山口県
04 宮城県	20 長野県	36 徳島県
05 秋田県	21 岐阜県	37 香川県
06 山形県	22 静岡県	38 愛媛県
07 福島県	23 愛知県	39 高知県
08 茨城県	24 三重県	40 福岡県
09 栃木県	25 滋賀県	41 差が県
10 群馬県	26 京都府	42 長崎県
11 埼玉県	27 大阪府	43 熊本県
12 千葉県	28 兵庫県	44 大分県
13 東京都	29 奈良県	45 宮崎県
14 神奈川県	30 和歌山県	46 鹿児島県
15 新潟県	31 鳥取県	47 沖縄県
16 富山県	32 島根県	

この下7ケタを記入