資料２

事例１
（国保３歳～６歳未満）４５受給者書提示あり

柔道整復施術療養費支給申請書

平成　　年　　月分

—									—								記号・番号											
公費負担者番号①	4	5	2	6	5	0	1	4	公費負担医療の受給者番号①								保険種別	1. 協	2. 組	3. 共		単併区分	1. 単独 2.2併 3.3併	本家区分	2. 本人 4. 六歳 6. 家族	8. 高一 0. 高7	給付割合	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. 国	5. 退	6. 後期								

被保険者　氏名 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　　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

	金額	窓口徴収額	申請書記載
１日目	1,840	370	
２日目	1,530	310	
３日目	1,350	270	
４日目	810	160	
合　計	5,530	1,110	1,106

患者負担額が３，０００円未満の場合は窓口徴収額ではなく、
合計×福祉割合分２割額を１円単位で記載

合　計			5	5	3	0	円
一部負担金			1	1	0	6	円
請求金額						0	円
※							円

事例２
（国保３歳～６歳未満）４５受給者書提示あり

柔道整復施術療養費支給申請書

平成　　年　　月分

—									—								記号・番号											
公費負担者番号①	4	5	2	6	5	0	1	4	公費負担医療の受給者番号①								保険種別	1. 協	2. 組	3. 共		単併区分	1. 単独 2.2併 3.3併	本家区分	2. 本人 4. 六歳 6. 家族	8. 高一 0. 高7	給付割合	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. 国	5. 退	6. 後期								

被保険者　氏名 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　　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

	金額	窓口徴収額	申請書記載
１日目	5,560	1,110	
２日目	4,870	970	
３日目	4,835	920	
４日目	455	0	
合　計	15,720	3,000	3,000

３日目に３，０００円を超えるため、３，０００円を超えない金額を徴収
（金額×福祉負担２割＝９７４円）

合　計		1	5	7	2	0	円
一部負担金			3	0	0	0	円
請求金額				1	4	4	円
※							円

事例３
（国保６歳～小学生）４５受給者書提示あり

柔道整復施術療養費支給申請書

平成　　年　　月分

—									—								記号・番号											
公費負担者番号①	4	5	2	6	5	0	1	4	公費負担医療の受給者番号①								保険種別	1. 協	2. 組	3. 共		単併区分	1. 単独 2. 2併 3. 3併	本家区分	2. 本人 4. 六歳 6. 家族	8. 高一 0. 高7	給付割合	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. 国	5. 退	6. 後期								

被保険者　氏名 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		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

	金額	窓口徴収額	申請書記載
１日目	1,840	550	
２日目	1,530	460	
３日目	1,350	410	
４日目	810	240	
合　計	5,530	1,660	1,659

患者負担額が３，０００円未満の場合は窓口徴収額ではなく、
合計×福祉割合分３割額を１円単位で記載

合　計			5	5	3	0	円
一部負担金			1	6	5	9	円
請求金額						0	円
※							円

事例４
（国保６歳～小学生）４５受給者書提示あり

柔道整復施術療養費支給申請書

平成　　年　　月分

—									—								記号・番号											
公費負担者番号①	4	5	2	6	5	0	1	4	公費負担医療の受給者番号①								保険種別	1. 協	2. 組	3. 共		単併区分	1. 単独 2. 2併 3. 3併	本家区分	2. 本人 4. 六歳 6. 家族	8. 高一 0. 高7	給付割合	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. 国	5. 退	6. 後期								

被保険者　氏名 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		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

	金額	窓口徴収額	申請書記載
１日目	5,560	1,670	
２日目	4,870	1,330	
３日目	4,835	0	
４日目	455	0	
合　計	15,720	3,000	3,000

２日目に３，０００円を超えるため、３，０００円を超えない金額を徴収
（金額×福祉負担３割＝１，４６１円）

合　計		1	5	7	2	0	円
一部負担金			3	0	0	0	円
請求金額			1	7	1	6	円
※							円