

# ①千葉県国民健康保険柔道整復施術療養費審査会における審査の現状

千葉県国民健康保険団体連合会  
業務第二部業務課療養費係

## 審査体制

本会の柔道整復施術療養費審査会（以下「審査会」という。）の体制については、千葉県国民健康保険柔道整復施術療養費審査会規程第3条の規程により以下の通り14名をもって組織しております。

学識経験者を代表する審査員3名（連合会理事長が推薦する者）

学識経験者を代表する審査員1名（県主管部長が推薦する職員）

保険者を代表する審査員 5名（理事長及び（社）千葉県国民健康保険直営診療施設協会会長等が推薦する者）

柔道整復師を代表する審査員5名（（社）千葉県接骨師会会長等が推薦する柔道整復師）

その他、事務局は5名（派遣職員2名含む。）で対応しております。

## 審査の流れ

本会では、施術所から月の10日に提出された申請書を事務職員による受付・点検を審査会の前日までに実施しております。

審査会は、月の15日前後の午後開催として柔道整復施術療養費申請書（以下「申請書」という。）（紙媒体）を審査しております。

3時30分からは、合同審査会を開催し、疑義が生じている申請書に対して審査会の総意を図っています。

審査会終了後は、事務局により審査会で返戻となった申請書を抜き取り、それ以外の申請書については、保険者番号・記号番号等の被保険者情報や、診療開始日・負傷数等の施術項目を入力します。（負傷名については、国保総合システムには入力項目がありません。）データ入力後に記号番号漏れ等の資格不備の申請書を返戻しております。

## 審査の基準

審査会での基準は、平成11年10月20日付保険発139号で通知のあった、柔道整復療養費審査委員会の審査要領に参考として挙げられた項目について審査するものとしております。疑義のある申請書については、すべて返戻とし千葉県では査定は行っておりません。

- 1 負傷名及び算定部位に関すること。
- 2 初検料及び時間外加算等の算定に関すること。
- 3 往療料の算定に関すること。
- 4 再検料の算定に関すること。
- 5 近接部位の算定に関すること。
- 6 温電法、冷電法及び電療料の加算の算定に関すること。
- 7 多部位施術の算定に関すること。
- 8 長期施術の算定に関すること。
- 9 頻回施術に関すること。
- 10 施術情報提供の算定に関すること。

事務局では以下の項目について審査をするものとしております。

- 1 固定点数誤りに関すること。
- 2 近接部位の算定に関すること。
- 3 支給基準に反する算定について。

## 審査会の開催について

審査会の開催は毎月1回、月の中旬の午後開催とし、申請書（紙媒体）での審査を実施しております。

### 平成27年度審査処理件数

件数	請求(件)	返戻(件)	確定(件) A	1月当たり件数(件)
国保	695,758	△16,770	678,988	56,582
後期高齢者	358,670	△7,497	351,173	29,264
合計	1,054,428	△24,267	1,030,161	85,846

### 平成27年度保険者支払額(保険給付分)

件数	請求金額(円)	返戻額(円)	確定支払額(円) B	1件当たり支払額(円)(B/A)
国保	4,197,402,182	△137,122,688	4,060,279,494	5,980
後期高齢者	3,475,388,108	△99,303,543	3,376,084,565	9,614
合計	7,672,790,290	△236,426,231	7,436,364,059	7,219

## ②千葉県国民健康保険療養費支給認定審査会における審査の現状

千葉県国民健康保険団体連合会  
業務第二部業務課療養費係

### 審査体制

本会の療養費支給認定審査会（以下「療養費審査会」という。）の体制については、千葉県国民健康保険療養費支給認定審査会規程第3条の規程により以下の通り7名をもって組織しております。

医療関係審査員4名（千葉県知事と協議して連合会理事長が委嘱する。）  
事務関係審査員1名（県主管部長が推薦する職員）  
事務関係審査員2名（国保連合会職員）

その他、事務局は2名で対応しております。

### 審査の流れ

本会では、市町村から月の10日に提出された申請書を事務職員による受付・点検を審査会の前日までに実施しております。

療養費審査会は、月の25日前後に開催し、療養費支給申請書（以下「申請書」という。）（紙媒体）を審査しております。

2時から、合同審査会を開催し、疑義が生じている申請書に対して療養費審査会の総意を図っています。

療養費審査会終了後は、事務局により審査会で認定された額を、療養費支給申請書の支給認定額欄に記載し、または返戻と判断された申請書には理由を付して市町村等に返戻しております。

※療養費については、審査のみが委託業務のため、申請書の請求情報のデータ入力由市町村がおこなうこととなっております。

## 審査の基準

療養費審査会での基準は、下記に挙げられた項目について審査するものとしております。

- 1 海外療養費の算定に関すること。
- 2 診療報酬の算定に関すること。
- 3 あん摩・マッサージの算定に関すること。
- 4 はり・きゅうの算定に関すること。
- 5 移送費の算定に関すること。
- 6 補装具の算定に関すること。

事務局では以下の項目について審査をするものとしております。

- 1 固定点数誤りに関すること。
- 2 支給基準に反する算定について。

## 審査会の開催について

療養費審査会の開催は毎月1回、25日前後の午後開催とし、申請書（紙媒体）での審査を実施しております。

あはきの審査項目については、別紙にて説明します。

## 平成27年度における審査処理件数（あん摩・はり・きゅう含む）

件数	請求（件）	返戻（件）	確定（件）A	1月当たり件数（件）
国保	77,751	△267	77,484	6,457
後期高齢者	145,624	△1,089	144,535	12,045
合計	223,375	△1,356	222,019	18,502

平成27年度におけるあん摩・はり・きゅう審査処理件数（再計）

件数	請求（件）	返戻（件）	確定（件）A	1月当たり件数（件）
国保	20,015	△21	19,994	1,666
後期高齢者	95,864	△632	95,232	7,936
合計	115,879	△653	115,226	9,602

### 審査返戻について

- ・負傷名、骨折・脱臼時の施術における同意医師名及び同意日の記載もれ
- ・多部位の施術で負傷原因の記載もれ、又は詳細でない
- ・長期施術理由の記載もれ、又は理由が詳細でない
- ・算定できない近接部位の負傷
- ・往療の算定理由について、保険適用外及び詳細でない
- ・下記項目が多く見受けられました。

1. ( )の負傷原因と初検時の症状・所見を詳しく記載下さい。
2. 負傷名( )は、 月以上経過の症例で事が確認のため①症状経過 ②初検時の症状 又は所見)を詳細に記載下さい。
3. 同時負傷の原因について、各々詳しく記載下さい。
4. 長期理由(①記載もれ ②症状を詳しく ③回数が多い(具体的理由)記載下さい。
5. 負傷名( )と( )は近接部位と思われるので 図示して下さい。
6. 算定できない近接部位の負傷( )
7. 往療の理由を記載下さい。

事例 1-1 (傷病名とマッサージ施療の部位)

療養費支給申請書 (あんま・マッサージ)

(10月分、第 回)

被 保 険 者 証 記 号 番 号		世 帯 主 氏 名		住 所	
療養を受けた者の氏名		性 別	生 年 月 日	千葉県千葉市千葉西1-1	
国保 太郎	男・女	15年 11月 1日生	続 柄	本人	
傷 病 名	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	1 業務上・外、第三者行為である 3 その他	発病又は負傷の原因及びその経過		
変形性膝関節症		平成 23 年 不詳 月 日			
初 療 年 月 日	施 術 期 間	傷病名が変形性膝関節症で医師から同意でマッサージが5局所算定されている。	請 求 区 分	転 送	備 考
28 年 10 月 12 日	自 28 年 10 月 12 日～至 28 年 10 月 30 日		新 規 ・ 継 続	治 癒 ・ 中 止	
傷病名又は症状			左 記 傷 病 の 初 診 年 月 日	年 月 日	
マッサージ		285円 × 5 局所 × 6回 = 8,550 円	摘 要		
変形徒手矯正術		円 × 股 × 回 = 円	審査会での判断により、転送、左右上肢については、保険適用外とし返戻する。		
温療法		× 回 = 円			
温療法・電気光線器具		× 回 = 円			
往 加 料 算 ( 2 km)	1,800円 × 6回 = 10,800円				
	770円 × 6回 = 4,620円				
合 計		23,970円			
施 術 日	10月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 <input checked="" type="checkbox"/> 12 <input checked="" type="checkbox"/> 13 <input checked="" type="checkbox"/> 14 <input checked="" type="checkbox"/> 15 16 17 18 <input checked="" type="checkbox"/> 19 <input checked="" type="checkbox"/> 20 <input checked="" type="checkbox"/> 21 22 23 24 25 <input checked="" type="checkbox"/> 26 <input checked="" type="checkbox"/> 27 <input checked="" type="checkbox"/> 28 29 30 31			
施術証明欄					
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 28 年 10 月 30日 あんまマッサージ指圧師 住所 千葉県千葉市千葉1-1-2 氏名 按摩 次郎 印 電話					
申請欄					
上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 28 年 10 月 30日 申請者 住所 千葉県千葉市千葉西1-1 健康市長 様 氏名 国保 太郎 印 電話					
支払機関					
支払区分		預金の種類		金融機関名	
1 振込	2 銀行送金	1 普通	2 当座	銀行	本店
3 郵便局送金	4 当地払	3 通知	4 別段	金庫	支店
口座名義		口座番号		郵便局	
備考					
同意医師の氏名		住 所	同 意 年 月 日	傷 病 名	要 加 療 期 間
医療 三郎		千葉県稲毛区天台6-4	28年 10月 11日		
再同意医師の氏名		住 所	同 意 年 月 日	傷 病 名	要 加 療 期 間
			年 月 日		
同意記録					

同意書 (ワッサージ療養費用)

患者	住所	千葉県千葉西1-1		
	氏名	国保 太郎		
	生年月日	明・大	昭・平	15年 11月 1日
傷病名	変形性膝関節症			
発病年月日	昭・平	23年	月	日
症状	1. 筋麻痺			
	② 関節拘縮 3. その他( )			
施術の種類	① ワッサージ 2.変形徒手矯正術			
施術部位	① 軀幹 ② 右上肢 ③ 左上肢 ④ 右下肢 ⑤ 左下肢			
往療	① 必要とする 2. 必要としない			

上記の者については、頭書の疾病により療養のための医療上のワッサージが必要と認め、ワッサージの施術に同意する。

平成 28 年 10 月 7 日  
 保険医療機関名  
 所在地  
 保険医氏名 按摩 四郎 印

事例2 (傷病名とマッサージ治療の部位)

療養費支給申請書 (あんま・マッサージ)

(平成28年9月分)

被保険者証記号番号		世帯主氏名		住 所	
療養を受けた者の氏名	性 別	生 年 月 日	続 柄	業務上・外、第三者行為の有無 業務上 2 第三者行為である その他 3	
国保 仁	男・女	18年 2月 14日生	本人	1 業務上 2 第三者行為である 3 その他	
傷 病 名	発 病 又 は 負 傷 年 月 日	年 月 日	発病又は負傷の原因及びその経過		
初 療 年 月 日	施 術 期 間	実 日 数	請 求 区 分	転 送	備 考
27年 11月 14日	自 28年 9月 17日～至 28年 9月 17日	1日	新 規 ・ 継 続	治 療 ・ 中 止	
傷病名又は症状			左記傷病の初診年月日		
頸腕症候群 前立腺肥大症			傷病名が頸腕症候群、前立腺肥大症でマッサージが5局所算定されている。		
マッサージ		275円 × 5 局所 × 1 回 =	1,375 円		
変形徒手矯正術		円 × 肢 × 回 =	円		
温療法		× 回 =	円		
温療法・電気光線器具		× 回 =	円		
往 加 療 料 算 ( 2 km)		1,800円 × 1回 =	1,800円		
		800円 × 1回 =	800円		
合 計		3,975円			
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				
9月	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				
施術証明欄					
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 28年 9月 17日					
あんまマッサージ指圧師 住所 千葉県千葉市千葉1-1-3 氏名 按摩 大 印 電話					
申請欄					
上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 28年 9月 17日					
申請者 住所 千葉県千葉市北1-0 氏名 国保 仁 印 電話					
健康市長 様					
支払機関					
支払区分		預金の種類		金融機関名	
1 振込	2 銀行送金	1 普通	2 当座	銀行 本店	
3 郵便局送金	4 当地払	3 通知	4 別段	支店 農協	
口座名義		口座番号		郵便局	
備考					
同意医師の氏名		住 所		同 意 年 月 日	
按摩 四郎				28年7月30日	
再同意医師の氏名		住 所		同 意 年 月 日	
				傷 病 名	
				要 加 療 期 間	
同意記録		年 月 日			

療養費支給申請書 (あんま・ワットサージ)

(平成28年9月分)

被保険者証記号番号		世帯主氏名		住 所						
		国保 天		千葉県千葉市千葉南1-0						
療養を受けた者の氏名	性 別	生 年 月 日	続 柄	業務上・外、第三者行為の有無						
国保 花子	男・ <input checked="" type="radio"/>	20年 4月 1日生	家族	1 業務上 2 第三者行為である 3 その他						
傷 病 名	発 病 又 は 負 傷 年 月 日		発病又は負傷の原因及びその経過							
初 療 年 月 日		施 術 期 間	実 日 数	請 求 区 分	転 帰					
28年 1月 14日		自 28年 9月 1日～至 28年 9月 30日	5日	新 規 ・ 継 続	治 癒 ・ 中 止					
傷病名又は症状		脳梗塞後遺症		左 記 傷 病 の 初 診 年 月 日						
				年 月 日						
施 術 内 容	ワットサージ	275円 × 5 局所 × 5 回 =	6,875 円	同一家庭内で複数の患者を 施術した場合の往療料は 別々に算定するのではな く、1人分の往療料のみが 算定できるととされてい るため、患者側の場合は1 人分の往療料のみ保険適用 とし、返戻とする。						
	変形徒手矯正術	円 × 股 × 回 =	円							
	温療法	× 回 =	円							
	温療法・電気光線器具	× 回 =	円							
	往 加 療 料 算 ( 2 km)	1,800円 × 5回 800円 × 5回	= 9,000円 = 4,000円							
	合 計		19,875円							
施 術 日	9月	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input checked="" type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/>								
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 28 年 9 月 30 日 あんまワットサージ指圧師 住所 千葉県千葉市千葉1-1-3 氏名 按摩 大 印 電話									
申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 28 年 9 月 30 日 申請者 住所 千葉県千葉市南1-0 健康市長 様 氏名 国保 天 印 電話									
支払機関	支払区分	1 振込	2 銀行送金	預金の種類	1 普通	2 当座	金融機関名	銀行	本店	支店
	3 郵便局送金	4 当地払	3 通知	4 別段			口座番号			郵便局
備考	同意医師の氏名		住 所	同 意 年 月 日	傷 病 名	要 加 療 期 間				
	按摩 四郎			28年7月30日						
	再同意医師の氏名		住 所	同 意 年 月 日	傷 病 名	要 加 療 期 間				
同意記録				年 月 日						

療養費支給申請書 (あんま・ワッツサージ)

(平成28年9月分)

被保険者証記号番号		世帯主氏名		住 所	
		国保 天		千葉県千葉市千葉南1-0	
療養を受けた者の氏名		性別	生年月日	続柄	業務上・外、第三者行為の有無
国保 天		男・女	19年 5月 1日生	家族	1 業務上 2 第三者行為である 3 その他
傷病名		発病又は負傷年月日		発病又は負傷の原因及びその経過	
		年 月 日			
初療年月日		施術期間		実日数	請求区分
27年 3月14日		自28年 9月 1日～至28年 9月30日		5日	新規・継続
傷病名又は症状		脚梗塞後遺症		左記傷病の初診年月日	
				年 月 日	
施術内容		ワッツサージ		275円 × 5 局所 × 5 回 = 6,875 円	
変形徒手矯正術		円 × 股 × 回 = 円			
温療法		× 回 = 円			
温療法・電気光線器具		× 回 = 円			
往加療料算 ( 2 km)		1,800円 × 5回 = 9,000円 800円 × 5回 = 4,000円			
合 計		19,875円			
施術日		9月		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input checked="" type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/>	
施術証明欄		上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 28年 9月 30日 あんまワッツサージ指圧師 住所 千葉県千葉市千葉1-1-3 氏名 按摩 大 印 電話			
申請欄		上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 28年 9月 30日 申請者 住所 千葉県千葉市南1-0 氏名 国保 天 印 電話			
支払機関		支払区分	銀行送金	預金の種類	金融機関名
1 振込		2 銀行送金	1 普通	2 当座	銀行 本店
3 郵便局送金		4 当地払	3 通知	4 別段	金庫 支店
口座名義		口座番号		郵便局	
備考		同意医師の氏名 住 所 同意年月日 傷病名 要加療期間 按摩 四郎 住 所 28年7月30日 再同意医師の氏名 住 所 同意年月日 傷病名 要加療期間			
同意記録					

同一家で複数の患者を施術した場合の往療料は別々に算定するのではなく、1人分の往療料のみが算定できることとされているため、患者側のやむを得ない理由等がない場合は1人分の往療料のみ保険適用とし、返戻とする。

事例 4 (支給基準を超えた施術金額)

療養費支給申請書 ( 28年 9 月分) (はり・きゅう用)

被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名	
		28年 1月 日		神経痛	
療養を受けた者の氏名		続柄		○発症又は負傷の原因及びその経過	
国保 太郎 (男) 女		本人		○業務上・外、第三者行為の有無	
明・大・㊦・平30年 9月24日生		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他			
初療年月日		施術期間		実日数	
平成 28年 1月22日		自・平成28年 9月 1日～至・平成28年 9月30日		8日	
傷病名		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ( )		転 求 区 分	
初回		1. はり 2. はり (電気鍼併用) 3. きゅう 4. きゅう (電気温灸器併用) 5. はり、きゅう併用 6. はり・きゅう併用 (電気鍼・電気温灸器併用)		新規・継続	
2回目以降		はり		転 摘 要	
はり (電気鍼併用)		円× 回= 円		継続 治癒・中止・転帰	
きゅう (電気温灸器併用)		円× 回= 円		はり・きゅう併用の支給基準は1,510円	
はり・きゅう併用		円× 回= 円		保険適用金額を、給付額を計算する。	
はり・きゅう併用(電気鍼・電気温灸器併用)		円× 回= 円			
往療料 2km まで		円× 回= 円			
加 算 ( km)		円× 回= 円			
費 用 額 計		36,000円			
施術日 通院○ 往療○		6月 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			
施術証明欄		上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 平成28年 9月30日 住所 千葉県千葉市千葉1-1-1 はり師、きゅう師 氏名 針 次郎 ㊦ 電話 043-000-0000			
申請欄		上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 平成28年 9月30日 申請者 住所 千葉県千葉市千葉東1-1-1 殿 (被保険者) 氏名 国保 太郎 ㊦			
支払機関欄		支払区分		預金の種類	
1. 振込 2. 銀行送金		1. 普通 2. 当座		1. 普通 2. 当座	
3. 郵便局送金 4. 当払		3. 通知 4. 別段		3. 通知 4. 別段	
口座名義 カタカナで記入		口座番号		金融機関名	
				銀行 金庫 農協 本店 支店 出張所 郵便局	
備考					
同意記録		同意医師の氏名		住 所	
医療 三郎		千葉市稲毛区天台6-4		同意年月日	
				平成28年9月2日	
				傷 病 名	
				神経痛	
				要加療期間	
				3ヶ月	

事例 5 (往療理由を認めていないケース)

療養費支給申請書 ( 28年 10 月分) (はり・きゅう用)

被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名	
		27年 8月 日		頸腕症候群	
療養を受けた者の氏名		続柄		○発症又は負傷の原因及びその経過	
国保 五郎 (男・女)		本人		○業務上・外、第三者行為の有無	
明・大・㊦・平40年 7月 10日生		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他			
初療年月日	平成 27年 10月 22日	施術期間	自・平成28年10月 1日～至・平成28年10月 31日	実日数	4日
傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ( )	請求区分	転 規 統	転	昇
初回	1. はり 2. はり (電気鍼併用) 3. きゅう 4. きゅう (電気温灸器併用) 5. はり、きゅう併用 6. はり・きゅう併用 (電気鍼・電気温灸器併用)	摘要	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>傷病名・頸腕症候群で歩行困難と記載があっても、「真に安静を必要とするやむを得ない理由等」と判断できないため、返戻とする。</p> </div>		
2回目以降	はり はり (電気鍼併用) きゅう (電気温灸器併用) はり・きゅう併用 はり・きゅう併用 (電気鍼・電気温灸器併用)	回数	円× 回= 円	円× 回= 円	円× 回= 円
往療料	4km まで	回数	2,570 円× 4回= 10,280 円	円× 回= 円	円
費用	加算 ( km)	計	16,360 円		
施術日	10月 1日	2日	3日	4日	5日
通院	○	6日	7日	8日	9日
往療	○	10日	11日	12日	13日
	14日	15日	16日	17日	18日
	19日	20日	21日	22日	23日
	24日	25日	26日	27日	28日
	29日	30日	31日		
施術証明欄	<p>上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。                  平成28年 10月 31日 住所 千葉県千葉市中央1-0 はり師、きゅう師 氏名 針 七郎 ㊦ 電話 043-000-0000</p>				
申請欄	<p>上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。                  平成28年 10月 31日 申請者 殿 (被保険者) 住所 千葉県千葉市千葉八1-0 氏名 国保 五郎 ㊦</p>				
支払機関	支払区分	1. 振込	2. 銀行送金	預金の種類	金融機関名
	3. 郵便局送金	4. 当払	1. 普通	2. 当座	銀行 金庫
	口座名義	口座番号	3. 通知	4. 別段	農協
	口座番号				本店 支店
					出張所
					郵便局
備考					
同意記録	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要加療期間
	医療 三郎	千葉県稲毛区天台6-4	平成28年10月1日	頸腕症候群	3ヶ月