

年に一度の健康チェック

特定健診

40歳～74歳

コーナンさん

さーん

【 柔道整復施術所様へのお願い 】

柔道整復療養費支給申請書										都道府県番号		施設所コード	
令和		年		月		日		分		秒		保 険 者 番 号	
記号・番号										1. 単独 2. 2併 3. 3併		4. 6歳 5. 高7	
公費負担者番号①										1. 肺 2. 組 3. 欠 4. 国		5. 退 6. 後期	
公費負担者番号②										7. 併 8. 分		9. 家 10. 区 11. 分	
被保険者 世帯主・組合員 受給者										氏名		住所	
療 養 を 受 け た 者 の 氏 名										生 年 月 日		負傷の原因	
1. 男 2. 女										1明 2大 3昭 4平		年 月 日	
負 傷 名										負傷年月日		初検年月日	
施										施術開始年月日		施術終了年月日	
実日数										転 帰		治療・中止・転医	