

## 【負担割合相違での返戻】

公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①	保険種別	1.協 2.組 3.共 4.国 5.退 6.短期	単併区分	1.男 2.2併 3.3併	2.本人 3.一 4.六 5.六	給付割合	10・9
公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②	氏名	ジャパン 太郎	住所	〒990-0802 宮城県仙台市青葉区二日町3-10			
被保険者 氏名		①男 1明2大		負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者				
被保険者 氏名		②女 3期4平 19年10月6日						
負傷名		負傷年月日	初検年月日	施術開始年月日	施術終了年月日			
(1) 腰部捻挫		29. 5. 1	29. 5. 1	29. 5. 1	29. 5. 1			
(2) 右大腿部挫傷		29. 5. 1	29. 5. 1	29. 5. 1	29. 5. 26	7	治療・中止・転医	
(3)		-	-	-	-	-	治療・中止・転医	
(4)		-	-	-	-	-	治療・中止・転医	
(5)		-	-	-	-	-	治療・中止・転医	
経過							請求区分	新規・継続
施術日		① 2 ③ 4 5 6 ⑦ 8 9 ⑩ 11 12 13 14 15 ⑬ 17 18 19 20 21 ⑳ 23 24 25 ㉑ ㉒ 27 28 29 30 31						
初検料		1,480円	初検時相談支援料	50円	再検料	320円	往療料	km 回 円
加算(休日・深夜・時間外)		円	加算(夜間)		円	金属調子等加算(大・中・小) 円		
整復料・固定料・治療料		(1) 760円	(2) 760円					
部位	通減%	通減開始月日	後療料 円 回	冷感法料 85 回				
(1)	100	—	505 6	3030 1				
(2)	100	—	505 6	3030 1				
(3)	60	—						
(4)	100	—						
(5)	60	—						
(6)	100	—						
摘要							合計	10630円
							一部負担金	<del>8514円</del> 印
							請求金額	<del>7441円</del> 印
								8514円

給付割合の修正も必要です！  
 (※高齢者該当の場合は本家区分の修正も必要)

例) 負担割合 (3割⇒2割に修正)  
 修正する金額に二重線を引き、訂正印を押す。  
 (※施術証明欄に押印されている管理柔整師印)  
 空いているスペースに、正しい金額を記入。

※見やすいように訂正箇所を赤で表記しておりますが、実際の訂正には黒ペンもしくは青ペンをご使用ください！