

後期高齢者医療療養費支給申請書
(平成 年 月分) (はり・きゅう用)

施術師コード

		8							
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

08 高齢9割

00 高齢7割

保 険 者 番 号		3	9							被 保 険 者 番 号																														
療養を受けた者の氏名		(フリガナ)								性別	発症又は負傷の原因及びその経過																													
										男	発病又は負傷年月日										業 務 上 ・ 外 、 第 三 者 行 為 の 有 無																			
生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日								女	平成 年 月 日										1 業務上 2 第三者行為 3 その他																			
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		平成 年 月 日				施術 期間		自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日												実日数		請求区分																	
																					日		新規・継続																	
	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 帰																			
																					継続・治癒・中止・転医																			
	初検料		1 はり 2 きゅう 3 はり・きゅう併用																		摘 要																			
	施 術 料		はり								円×				回＝				円																					
			きゅう								円×				回＝				円																					
			はり・きゅう併用								円×				回＝				円																					
			電療料(1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)								円×				回＝				円																					
往 療 料		2 k m ま で								円×				回＝				円																						
加 算 (		k m)								円×				回＝				円																						
加 算 (		k m)								円×				回＝				円																						
合 計 額		円								一 部 負 担 金 額				円				請 求 額				円																		
施術日 通院○ 往療◎		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。																																保健所登録区分 (1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地)							
	年 月 日																																住所							
	氏名																																㊞							
	免許登録番号 〃 はり師 免許登録番号 〃 きゅう師 電話番号																																							
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。 住所(〒 ー)																																							
	年 月 日																																							
	(あて先) 京都府後期高齢者医療広域連合長 申請者 氏名 ㊞ 電話番号																																							
委 任 欄	この申請に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。 住所																																							
	年 月 日																																							
	氏名 ㊞																																							
	代理人 住所 氏名																																							
支 払 方 法	支払区分		振込		預金の種類		1 普通 2 当座 3 貯蓄		金融機関名		銀行 金庫・組合										本店 支店・出張所																			
					口座名義(カタカナ)												口座番号																							
同 意 記 録	同意医師の氏名		医 療 機 関 所 在 地								同 意 年 月 日				傷 病 名				要 加 療 期 間																					
											平成 年 月 日																													
	再同意医師の氏名		医 療 機 関 所 在 地								再 同 意 年 月 日				傷 病 名				要 加 療 期 間																					
											平成 年 月 日																													

後期高齢者医療療養費支給申請書
(平成 年 月分) (はり・きゅう用)

施術師コード

8

08 高齢者割

割

記入上の注意点

保 険 者 番 号		3	9							被 保 険 者 番 号													
療養を受けた者の氏名		(フリガナ)								性別	発症又は負傷の原因及びその経過												
										男	発病又は負傷年月日									業務上・外、第三者行為の有無			
生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日								女	平成 年 月 日									1 業務上 2 第三者行為 3 その他			
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日	平成 年 月 日				施術 期間	自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日												実日数	請求区分			
																			日	新規・継続			
	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 帰			
	初検料		1 はり 2 きゅう 3 はり・きゅう併用																		摘 要		
	施術料		はり								円×		回＝		円		継続・治癒・中止・転医						
			きゅう								円×		回＝		円								
はり・きゅう併用								円×		回＝		円											
		電療料(1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)								円×		回＝		円									
往 療 料		2 k m ま で								円×		回＝		円									
加 算 (		k m)								円×		回＝		円									
										円×		回＝		円									
合 計		円																		請 求 額		円	
施術日 通院○ 往療○		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。										保健所登録区分 (1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地)												
	年 月 日										住所												
		氏名										印											
		免許登録番号										はり師											
		免許登録番号										きゅう師											
		電話番号																					
申 請 欄	上記の療養に係る費用に関して、療養費の支給を申請します。住所(〒)																						
	日 日																						
委 任 欄	免許登録番号を記載してください。(施術者登録番号の記載でも可)										申請者 氏名												
											電話番号												
		住所										氏名											
		年 月 日										代理人 住所											
												氏名											
支 払 方 法	支払区分	振込		預金の種類		1 普通 2 当座 3 貯蓄		金融機関名															
					口座名義(カタカナ)																		
同 意 記 録	同意医師の氏名	医 療 機 関 所 在 地								同 意 年 月 日				傷 病 名				要 加 療 期 間					
											平成 年 月 日												
	再同意医師の氏名	医 療 機 関 所 在 地								再 同 意 年 月 日				傷 病 名				要 加 療 期 間					
										平成 年 月 日													