

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

施術師コード										8									給付割合								
																			7	9							
公費負担者番号																											
公費受給者番号																											
										保険者番号										3	9	2	6				

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号										○発病又は負傷年月日										○傷病名																													
	0										年 月 日																																							
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名 (フリガナ)										性 別 男 ・ 女										○発症又は負傷の原因及びその経過																													
																					○業務上・外、第三者行為の有無																													
										明・大・昭 年 月 日生										1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																														
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日										施 術 期 間										実 日 数										請 求 区 分																			
	年 月 日										自・ 年 月 日～至・ 年 月 日										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										転 帰																													
											5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()										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)										円										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 4 km まで (総距離 . km)										円× 回＝ 円																																							
	往 療 料 4 km 超 (総距離 . km)										円× 回＝ 円																																							
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)										円× 回＝ 円																																							
	合 計										円																																							
一 部 負 担 金 (1 割 ・ 3 割)										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										施術所 所在地										電話																													
登録記号番号										名 称										氏 名																														
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。										年 月 日										〒																													
	殿										被保険者 住 所										氏 名 電話																													
支 払 機 関 欄	支払区分										預金の種類										金融機関名										銀行 本店																			
	振 込										1. 普通 2. 当座																				金庫 支店																			
											3. 貯蓄																				農協 出張所																			
口座名義 カタカナで記入																				口座番号																														
同 意 記 録	同意医師の氏名										住 所										同意 (再同意) 年月日										傷 病 名										要加療期間									
																					年 月 日																													

本申請書に基づく療養費に関する受領を代理人に委任します。										年 月 日									
申請者 住所										代理人 住所									
(被保険者) 氏名										氏名									
※ 療養費に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に記入してください。																			