

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

機関コード 8										給付割合 7 8 9							
(旧 施術師コード)																	
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																													
	(フリガナ)										性 別					○発症又は負傷の原因及びその経過																								
	療 養 を 受 け た の 氏 名										男 ・ 女					○業務上・外、第三者行為の有無																								
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・令和 年 月 日～至・令和 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 4km まで										円× 回＝ 円																													
	往 療 料 4km 超										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 ・ 2 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																													
申 請 欄	登録記号番号										名 称																													
	_____ 施術管理者										氏 名																													
支 払 機 関 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										被保険者 住 所																													
同 意 記 録 欄	京都府後期高齢者医療広域連合長 殿										氏 名																													
	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

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程（平成 30 年 6 月 12 日保発 0612 第 2 号通知）に従い行われるものです。

※ 給付金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）場合に署名してください。

※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。