

## 療養費支給申請書 ( 年 月分) (はり・きゅう用)

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																					
					年 月 日																									
	(フリガナ)				続 柄				○発症又は負傷の原因及びその経過																					
療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	男 ・ 女								○業務上・外、第三者行為の有無																					
	昭・平・令 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																					
	令和 年 月 日				自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日				日																					
	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 ( )				請 求 区 分 新 規 ・ 継 続 転 帰 継続・治癒・中止・転医																					
	初 検 料				円				摘 要																					
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用																													
	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				円× 回= 円																								
	1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具																													
往 療 料				4 km まで				円× 回= 円																						
往 療 料				4 km 超				円× 回= 円																						
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)				円× 回= 円																										
費 用 額 計				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。				令和 年 月 日				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																	
	住所								氏 名				電 話																	
	免許登録番号 _____ はり師								氏 名				電 話																	
免許登録番号 _____ きゅう師																														
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。				令和 年 月 日				〒 -																					
	申請者 住所				氏 名				電 話																					
支 払 機 関 欄	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。)																													
	② 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。																													
	支払区分				預金の種類				金融機関名				銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所																	
	1. 振 込 2. 銀行送金				1. 普通 2. 当座																									
3. 郵便局送金 4. 当地払				3. 通知 4. 別段																										
口座名義 カタカナで記入				口座番号								郵便局																		
同 意 記 録	同意医師の氏名				住 所				同意年月日				傷 病 名																	
									令和 年 月 日																					

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日

申請者 住所

(被保険者) 氏名 \_\_\_\_\_

住所

代理人 氏名 \_\_\_\_\_

※ 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)場合に記入してください。