

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、発症又は負傷の原因及びその経過																						
											年 月 日																									
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名										(フリガナ)			続 柄			○業務上・外、第三者行為の有無																			
											男・女						(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																			
										明・大・昭・平・令 年 月 日生						○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載）																				
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															円					摘 要															
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用																																			
	はり・きゅう					施術の種類					1 術 回					2 術 回																				
	通所					円× 回＝										円																				
	訪問施術料 1					円× 回＝										円																				
	訪問施術料 2					円× 回＝										円																				
	訪問施術料 3 (3人～9人)					円× 回＝										円																				
	訪問施術料 3 (10人以上)					円× 回＝										円																				
	電療料 (加算/ 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具)					円× 回＝										円																				
	特 別 地 域 (加 算)					円× 回＝										円																				
往 療 料					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 訪問 1 ①					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																															
通所 〇 訪問 2 ②																																				
往療 ③ 訪問 3 ③																																				
○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ())																																				
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																				
	令和 年 月 日										〒					氏 名																				
申 請 欄	免許登録番号										はり 師					住 所																				
	免許登録番号										きゅう 師					氏 名																				
同 意 記 録	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。										〒					氏 名																				
	令和 年 月 日										申請者 (被保険者) 殿					住 所																				
支 払 機 関 欄	支払区分										預金の種類					金融機関名					銀行 本店 支店 出張所															
	1. 振 込 2. 銀 行 送 金 3. 郵便局送金 4. 当 地 払										1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段										金庫 農協															
口座名義 カタカナで記入										口座番号															郵便局											
同意医師の氏名										住 所					同 意 年 月 日					傷 病 名					要加療期間											
															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。