

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. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()			(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																														
													○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）																														
昭・平・令 年 月 日生																																											
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・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		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							
通所		訪問 2 ②																																									
往療		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っての外出困難 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												〒				－																										
	免許登録番号 〃 はり 師 住 所																																										
申 請 欄	免許登録番号 〃 きゅう 師 氏 名																電話																										
	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																																										
支 払 機 関 欄	支払区分 1. 振込								預金の種類 1. 普通								金融機関名												銀行 農協 本店 金庫 支店 信組 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 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																			_____																		
代理人 住所																																					
氏名																			_____																		