

療 養 費 支 給 申 請 書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

機関コード

公費負担者番号									特記事項		1 社国 3 後高	2 本外 4 六外 8 高外一	給付割合		
公費受給者番号											2 公費 4 退職	6 家外 0 高外7	8	9	10
区市町村番号										種類	05 鍼灸				
受給者番号									保険者番号						

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																											
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)								続 柄	○発症又は負傷の原因及びその経過																									
		男・女									○業務上・外、第三者行為の有無																									
明・大・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				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																										
	内 料	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								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																											
	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																					
	令和 年 月 日 施術所 所在地																																			
	登録記号番号 (申し出た施術者登録番号)										名 称 氏 名 印 電話																									
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 印 電話															
	殿 (被保険者)																																			
支 払 機 関 欄	支払区分								預金の種類								金融機関名								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								銀行 金庫 農協																			
	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								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								代理人 住所							
(被保険者) 氏名								印 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。
※ 施術管理者及び申請者（被保険者）の記名押印は署名でも差し支えありません。
※ 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。