制度区分	子	障	親

福岡市医療費支給申請書

（はり・きゅう用）

9（令和　　年　　月施術分）

施術所機関コード

福　岡　市　長

保険区分	2 国保	7 退職者医療（本人）	8 退職者医療（家族）	4 社保（家族）	6 社保（本人）	6	←記入しないでください。

対象者氏名		保険者番号	
	1.男　2.女　2.大　3.昭　4.平　5.令　年生	記号・番号	
傷病名		施術期間	令和　年　月　日から
施術日数　日	施術開始年月日　1.平成 2.令和　年　月　日		令和　年　月　日まで
施術日	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		
転帰	継続・治癒・中止・転医	請求区分	新規・継続

施術費内訳

初検料（初回）	円

2回目以降	施術の種類	回数	一回の料金	料金
	はり	回	円	円
	はり（電気鍼併用）	回	円	円
	きゅう	回	円	円
	きゅう（電気温灸器併用）	回	円	円
	はり・きゅう併用	回	円	円
	はり・きゅう併用（電気鍼・電気温灸器併用）	回	円	円
往療料	4kmまで	回	円	円
	4km超	回	円	円
	往療料合計			円
施術報告書交付料				円
総医療費				円

自己負担割合	3割・2割・1割
助成対象者負担額	円
保険給付額	円
請求額	円

左記のとおり施術を行い，　　円を領収し，別紙のとおり保険給付を受けたことを証明します。

令和　年　月　日

施術所名

施術師名

住所

氏名

左記金額の支給を申請し，その受領及び返還に関することを　　に委任します。

令和　年　月　日

対象者

住所

氏名

負担者番号			4	0	5	0		
受給者番号								

※「保険区分」欄は該当する番号に、「自己負担割合」欄は該当するものに○をつけてください。