

制度区分	子	障	親
------	---	---	---

福岡市医療費支給申請書
(はり・きゆう用)

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		1.男 2.女 2.大 3.昭 4.平 5.令			年 生	保険者番号		
傷病名		1.平成 年 月 日			2.令和	令和 年 月 日から		
施術日数		施術開始 年月日		1.平成 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						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
	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			
		きゆう	回	円	円			
		きゆう (電気温灸器併用)	回	円	円			
		はり・きゆう併用	回	円	円			
		はり・きゆう併用 (電気鍼・電気温灸器併用)	回	円	円			
	往療料	4kmまで	回	円	円			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 委任します。 令和 年 月 日
		4km超	回	円	円			
		往療料合計						
	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						負担者番号
								4 0 5 0
請求額		円						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。