

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

										施術所コード																													
保険者番号					保険種別					国・退					本家区分					2本人・4六歳・6家族 8高一・0高7					給付割合					割									
○被保険者証等の記号番号										○発病又は負傷年月日										○傷病名																			
記号					番号					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 年 月 日生																				1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																			
初療年月日										施術期間										実日数					請求区分														
平成 年 月 日										自・平成 年 月 日～至・平成 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 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()															転帰														
初検料																				円					摘要														
1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用																																							
はり										円 × 回 =										円																			
きゅう										円 × 回 =										円																			
はり・きゅう併用										円 × 回 =										円																			
電療料																				円 × 回 =					円														
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具																																							
往療料										2 kmまで										円 × 回 =					円														
加算 (km)																				円 × 回 =					円														
費用額計																				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																			
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																			
平成 年 月 日										住所																													
免許登録番号										はり師										氏名										☎ 電話									
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。										平成 年 月 日										〒 -																			
申請者										住所																													
殿 (被保険者)										氏名										☎ 電話																			
支払区分					預金の種類					金融機関名										銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所																			
1. 振込 2. 銀行送金					1. 普通 2. 当座																																		
3. 郵便局送金 4. 当地払					3. 通知 4. 別段																																		
口座名義					口座番号															郵便局																			
カタカナで記入																																							
同意医師の氏名					住所					同意年月日					傷病名					要加療期間																			
										平成 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。 平成 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。