

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 欄	○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																												
	(フリガナ)					続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過																										
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名					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																												
施 術 内 容 欄	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		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																											
		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	4kmまで		円 × 回 =		円																												
往 療 料	4km超		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
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																										
	平成 年 月 日																																	
	免許登録番号 _____ はり師 住 所					Ⓜ 電 話																												
免許登録番号 _____ きゅう師 氏 名																																		
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。																																	
	平成 年 月 日 申請者 住 所					殿 (被保険者) 氏 名 Ⓜ 電 話																												
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		本店																											
	1. 振 込 2. 銀行送金		1. 普通 2. 当座		銀行		支店																											
	3. 郵便局送金 4. 当地払		3. 通知 4. 別段		金庫		出張所																											
口座名義		口座番号				郵便局																												
カタカナで記入																																		
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																									
					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。