

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<br>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      |       | 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                    |  | 円 × 回 =   |          | 円          |                           |             |       |             |  |                         |  |                          |      |  |  |      |  |   |  |  |  |
|   |  | 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具 |  |   |          |            |                           |             |       |             |  |                         |  |                          |      |  |  |      |  |   |  |  |  |
| 往療料                                       |  | 4kmまで                  |  | 円 × 回 =   |          | 円          |                           |             |       |             |  |                         |  |                          |      |  |  |      |  |   |  |  |  |
| 往療料                                       |  | 4km超                   |  | 円 × 回 =   |          | 円          |                           |             |       |             |  |                         |  |                          |      |  |  |      |  |   |  |  |  |
| 施術報告書交付料                                  |  | (前回支給: 年 月分)           |  |   |          |            |                           |             |       |             |  |                         |  |                          |      |  |  |      |  |   |  |  |  |
| 費用額計                                      |  |                        |  |   |          | 円          |                           |             |       |             |  |                         |  |                          |      |  |  |      |  |   |  |  |  |
| 施術日<br>通院○<br>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。<br>平成 年 月 日      |  |                        |  |   |          |            |                           |             |       | 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 |  |                          |      |  |  |      |  |   |  |  |  |
| 免許登録番号                                    |  | _____ はり師 住所           |  |   |          |            |                           |             |       |             |  |                         |  |                          |      |  |  |      |  |   |  |  |  |
| 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。<br>平成 年 月 日 |  |                        |  |   |          |            |                           |             |       | 〒 _____     |  |                         |  |                          |      |  |  |      |  |   |  |  |  |
|   |  | 申請者 住所                 |  |   |          |            |                           |             |       |             |  |                         |  |                          |      |  |  |      |  |   |  |  |  |
|   |  | 殿 (被保険者)               |  |   | 氏名 ☎ 電話  |            |                           |             |       |             |  |                         |  |                          |      |  |  |      |  |   |  |  |  |
| 支払区分                                      |  | 1. 振込 2. 銀行送金          |  | 3. 郵便局送金 4. 当地払   |          | 預金の種類      |                           | 1. 普通 2. 当座 |       | 3. 通知 4. 別段 |  | 金融機関名                   |  | 銀行 本店<br>金庫 支店<br>農協 出張所 |      |  |  |      |  |   |  |  |  |
| 口座名義                                      |  | _____                  |  |   | 口座番号     |            | _____                     |             | 郵便局   |             |  |                         |  |                          |      |  |  |      |  |   |  |  |  |
| 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 \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

代理人 住所 \_\_\_\_\_  
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。