

療 養 費 支 給 申 請 書 (年 月 分) (はり ・ きゅう 用)

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、発症又は負傷の原因及びその経過																																																														
							年 月 日																																																																
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名		(フリガナ)						続 柄		○業務上・外、第三者行為の有無																																																												
			男 ・ 女								(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																																																												
			明・大・昭・平・令 年 月 日生								○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）																																																												
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日						施 術 期 間												実日数		請 求 区 分																																																		
	() 年 月 日						自・令和 年 月 日～至・令和 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・きゅう		施術の種類		1 術 回				2 術 回																																																								
							通 所						円× 回＝ 円																																																										
							訪問施術料 1						円× 回＝ 円																																																										
							訪問施術料 2						円× 回＝ 円																																																										
							訪問施術料 3 (3人～9人)						円× 回＝ 円																																																										
	訪問施術料 3 (10人以上)						円× 回＝ 円																																																																
	電療料 (加算／ 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具)						円× 回＝ 円																																																																
	特 別 地 域 (加 算)						円× 回＝ 円																																																																
	往 療 料						円× 回＝ 円																																																																
	施術報告書交付料 (前回支給： 年 月 分)						円× 回＝ 円																																																																
費 用 額 計						円																																																																	
施術日		訪問1①		訪問2②		訪問3③		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	
○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ())																																																																							
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																																																
	令和 年 月 日																		〒				—																																																
	免許登録番号																		はり 師				住 所																																																
申 請 欄	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。																		〒				—																																																
	令和 年 月 日																		申請者 (被保険者) 殿				住所 氏名 電 話																																																
支 払 機 関 欄	支払区分						預金の種類						金融機関名										銀行 本店 支店 出張所																																																
	1. 振 込 2. 銀 行 送 金 3. 郵 便 局 送 金 4. 当 地 払						1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段																金庫 農協																																																
	口座名義 カタカナで記入						口座番号																郵便局																																																
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																																														
													令和 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。 令和 年 月 日

申請者 (被保険者)

住所 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。