

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																							
												続 柄				○業務上・外、第三者行為の有無															
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名		(フリガナ)					男・女				(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																			
			○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）																												
		明・大・昭・平・令 年 月 日生																													

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													
	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				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		
通所○		訪問2②																																				
往療○		訪問3③																																				
○往療又は訪問の理由（ 1. 徒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徒歩による外出困難 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)				住所				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							
	1. 振 込 2. 銀 行 送 金												1. 普通 2. 当座								金庫				支店							
	3. 郵便局送金 4. 当 地 払												3. 通知 4. 別段								農協				出張所							
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

住所

(被保険者)

氏名

住所

氏名

代理人

※ 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。