

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				(フガナ)			続柄			○業務上・外、第三者行為の有無 (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				男・女																																																																			
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 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()												転 帰																																																								
	初検料												円		継続・治癒・中止・転医																																																								
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用														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1		訪問2		訪問3		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. 認知症や寝違、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										〒 -																																																												
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。										〒 -																																																												
	令和 年 月 日										申請者 (被保険者) 住所		氏名 電話																																																										
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																																																		

在籍者の方は会社からの報酬支払時に上乗せ支給となりますので記入不要です

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		1. 普通				金庫		支店		
	2. 銀行送金		2. 当座				農協		出張所		
3. 郵便局送金		3. 通知									
4. 当地払		4. 別段									
口座名義 カタカナで記入		口座番号								郵便局	

<申請時の注意事項>

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・二重線内 (「施術内容欄」および「施術証明欄」) は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書 (原本) を必ず添付してください。

受付日付印