

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

機関コード

公費負担者番号										特記事項	1 社国	3 後高	2 本外	8 高外9	給付割合		
公費受給者番号											2 公費	4 退職	4 三外	0 高外8	8	9	10
区市町村番号											種類	05 鍼灸					
受給者番号										保険者番号							

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											
							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																		
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	4 km まで						円× 回= 円																
4 km 超						円× 回= 円																		
手術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)						円× 回= 円																		
合 計						円																		
一 部 負 担 金 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)						円																		
請 求 額						円																		
手術日 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 施術所 所在地						所在地						電話											
登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号)						名 称						氏 名												
氏 名						氏 名						☑ 電話												
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											
	1. 振 込 2. 銀行送金						1. 普通 2. 当座						銀行 本店											
	3. 郵便局送金 4. 当地払						3. 通知 4. 別段						金庫 支店											
口座名義 カタカナで記入						口座番号						郵便局 出張所												
同 意 記 録	同意医師の氏名						住 所						同意年月日											
							平成 年 月 日						傷 病 名 要加療期間											

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 代理人 住所

(被保険者) 氏名 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。

※ 施術管理者及び申請者 (被保険者) の記名押印は署名でも差し支えありません。

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程 (平成 30 年 6 月 12 日保発 0612 第 2 号通知) に従い行われるものです。