

群馬県後期高齢者医療療養費支給申請書（平成 年 月分 ）
（はり・きゅう用）

給付割合	
9割	7割

保険者番号												療養を受けた者の氏名		(フリガナ)																			
被保険者番号																								男・女									
公費負担者番号																																	
公費受給者番号														明・大・昭・平					年 月 日 生														
発症又は負傷の原因及びその経過																																	
業務上・外、第三者の行為の有無															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																						
	平成 年 月 日										自・平成 年 月 日 ～ 至・ 年 月 日																						
	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（ ）															実日数					日												
																発症又は負傷年月日										年 月 日							
	初検料															請求区分																	
	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用															円					新 規 ・ 継 続												
	施 術 料	は り					円 × 回 =					円					転 帰																
		きゅう					円 × 回 =					円					継続・治癒・中止・転医																
		はり・きゅう併用					円 × 回 =					円					摘 要																
		電療料					円 × 回 =					円																					
	1. 電気針 2. 電気温灸器					円 × 回 =					円																						
	3. 電気光線器具																																
	往療料 4 kmまで										円 × 回 =					円																	
	往療料 4 km超										円 × 回 =					円																	
合 計															円																		
一 部 負 担 金															円																		
請 求 額															円																		
施術日																																	
通院○			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◎	月																																
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																																
	免許登録番号															はり 師 住 所																	
免許登録番号															きゅう師 氏 名					印 電話													
申 請 者	上記金額の支給を申請し、その金額の受領を下記代理人に委任します。																																
	平成 年 月 日															千 一																	
	申請者 住 所																																
	(被保険者) 氏 名															印 電話																	
殿																																	
代理人 住 所																																	
氏 名															印																		
支 払 機 関 欄	預金の種類		1. 普 通 2. 当 座 3. 貯 蓄										金融機関名										銀行 本店										
																							金庫 支店										
	金融機関コード		支店コード																				農協 出張所										
口座番号												口座名義(姓)																					
同 意 記 録	同意医師氏名		住 所										同意年月日										傷病名					要加療期間					
													平成 年 月 日																				