

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○保険者番号						○発病又は負傷年月日				○傷病名																				
	○被保険者番号						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																											
				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								円		摘 要																				
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用																														
	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	電療料				円 × 回 =				円																					
		1 電気針 2 電気温灸器 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																
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)				円 × 回 =				円																						
費 用 額 計								円																							
一 部 負 担 金 (1 割 ・ 3 割)								円																							
請 求 額								円																							
施術日 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。 平成 年 月 日										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																		
	免許登録番号 _____ はり 師 免許登録番号 _____ きゅう 師										住 所		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										〒		一																		
	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																		
	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														
									平成 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。 平成 年 月 日

申請者 住所

(被保険者) 氏名 ㊤

住所

代理人 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。