

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																				(フリガナ)				
被保険者番号																				療養を受けた者の氏名		男・女		
公費負担者番号																						明・大・昭・平		
公費受給者番号																						平成 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												
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												実日数 日												
4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症												発症又は負傷年月日												
7. その他 ()												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 内 容 欄	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 3. 電気光線器具		円 ×		回 =		円																
往療料 2 kmまで		円 ×		回 =		円																		
加算 (km)		円 ×		回 =		円																		
合 計								円																
一 部 負 担 金								円																
請 求 額								円																
施術日				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																				
通院○																								
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		-									
	申請者				住所						印		電 話											
(被保険者)				氏 名																				
殿				代理人		住所						印												
氏 名																								
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											
	金融機関コード				支店コード						金庫		支店											
	口座番号								口座名義(姓)		農協		出張所											
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																			