

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	年 月 日生
公費受給者番号															
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 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 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				円							
一部負担金				円				円							
請求額				円				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														
申 請 者	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				
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		申請者		住所		印		電話					
		(被保険者) 氏名		氏名		氏名		印		電話					
		代理人		住所		住所		印		電話					
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		出張所						
	口座番号		口座名義(か)		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										