

## 療養費支給申請書 ( 年 月分) (はり・きゅう用)

|                           |                               |          |     |                                                                                     |                                |         |             |   |                         |     |             |  |  |  |   |  |
|---------------------------|-------------------------------|----------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------|-------------|---|-------------------------|-----|-------------|--|--|--|---|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>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       |   |                         |     |             |  |  |  |   |  |
|                           | (フリガナ)                        |          |     |                                                                                     |                                |         | 続 柄         |   | ○発症又は負傷の原因及びその経過        |     |             |  |  |  |   |  |
|                           | 療 養 を<br>受 け た 者<br>の 氏 名     |          |     |                                                                                     |                                |         | 男<br>・<br>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<br>術<br>内<br>容<br>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<br>術<br>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      |     |                                                                                     |                                | 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                 |                               |          |     |                                                                                     |                                |         |             | 円 |                         |     |             |  |  |  |   |  |
| 請 求 額                     |                               |          |     |                                                                                     |                                |         |             | 円 |                         |     |             |  |  |  |   |  |
| 施術日<br>通院○<br>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<br>術<br>証<br>明<br>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                      |          |     |                                                                                     |                                |         | 住 所         |   |                         |     |             |  |  |  |   |  |
| 申<br>請<br>欄               | 免許登録番号 _____ はり 師             |          |     |                                                                                     |                                |         | 氏 名         |   | ☎ 電 話                   |     |             |  |  |  |   |  |
|                           | 免許登録番号 _____ きゅう 師            |          |     |                                                                                     |                                |         |             |   |                         |     |             |  |  |  |   |  |
| 支<br>払<br>機<br>関<br>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                 |     | 氏 名 ☎ 電 話   |  |  |  |   |  |
|                           | 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<br>カタカナで記入           |                               |          |     |                                                                                     |                                | 口座番号    |             |   |                         | 郵便局 |             |  |  |  |   |  |
| 同<br>意<br>記<br>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。