

療養費支給申請書(はり・きゅう用) ( 年 月分)

機関コード

|         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |           |      |       |      |   |    |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|-----------|------|-------|------|---|----|
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 特記事項  | 1 社国 3 後高 | 2 本外 | 8 高外- | 給付割合 |   |    |
| 公費受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       | 2 公費 4 退職 | 4 三外 | 0 高外7 | 8    | 9 | 10 |
| 区市町村番号  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 種類    | 05 鍼灸     |      |       |      |   |    |
| 受給者番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 保険者番号 |           |      |       |      |   |    |

|                       |                               |                           |                                |       |                           |            |    |                  |        |             |         |     |                         |    |    |       |    |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-----------------------|-------------------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|---------------------------|------------|----|------------------|--------|-------------|---------|-----|-------------------------|----|----|-------|----|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 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      |    |                  |        |             |         |     |                         |    |    |       |    |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                       | 療養を受けた者の氏名                    | (フリガナ)                    |                                |       |                           |            | 続柄 | ○発病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  |        |             |         |     |                         |    |    |       |    |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 明・大・昭 年 月 日生          |                               |                           |                                |       | 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        |         |     |                         |    |    |       |    |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                       | 年 月 日                         |                           | 自・ 年 月 日～至・ 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 (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)       |                           |                                |       |                           |            |    | 円                |        | 摘 要         |         |     |                         |    |    |       |    |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                       | 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      |             |         |     |                         |    |    |       |    |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                       | 内<br>料                        | 電療料 (1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具) |                                | 円× 回= |                           |            |    |                  | 円      |             |         |     |                         |    |    |       |    |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                       |                               | 往療料 4kmまで                 |                                | 円× 回= |                           |            |    |                  | 円      |             |         |     |                         |    |    |       |    |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 往療料 4km超              |                               | 円× 回=                     |                                |       |                           |            | 円  |                  |        |             |         |     |                         |    |    |       |    |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分) |                               | 円× 回=                     |                                |       |                           |            | 円  |                  |        |             |         |     |                         |    |    |       |    |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 合 計                   |                               |                           |                                |       |                           |            | 円  |                  |        |             |         |     |                         |    |    |       |    |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 一部負担金 ( 割・ 割・ 割)      |                               |                           |                                |       |                           |            | 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 |    |    |       |    |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                       | 年 月 日                         |                           |                                |       |                           | 施術所        |    |                  |        |             | 所在地     |     |                         |    |    |       |    |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                       | 登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号)        |                           |                                |       |                           | 名称         |    |                  |        |             | 氏名 電話   |     |                         |    |    |       |    |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 申<br>請<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。 |                           |                                |       |                           |            |    |                  |        |             | 〒       |     | -                       |    |    |       |    |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                       | 年 月 日                         |                           |                                |       |                           | 申請者        |    |                  |        |             | 住所      |     |                         |    |    |       |    |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 福島県後期高齢者医療広域連合長 様     |                               |                           |                                |       | (被保険者)                    |            |    |                  |        | 氏名 電話       |         |     |                         |    |    |       |    |       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 支<br>払<br>機<br>関<br>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<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 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                       |                               |                           |                                |       |                           |            |    |                  |        |             | 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。 年 月 日

申請者 住所 代理人 住所

(自署) 氏名 印 (自署) 氏名

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程(平成30年6月12日保発0612第2号通知)に従い行われるものです。  
 ※ 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。  
 ※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。