

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

機関コード

公費負担者番号										特記事項	1 社国 2 公費	3 後高 4 退職	2 本外 4 三外 6 家外	8 高外9 0 高外8	給付割合	8	9	10
公費受給者番号											種類	05 鍼灸						
区市町村番号																		
受給者番号																		

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号										○発病又は負傷年月日 年 月 日										○傷病名																													
	(フリガナ)										続 柄										○発症又は負傷の原因及びその経過																													
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名										男・女										○業務上・外、第三者行為の有無																													
	明・大・昭・平 年 月 日生																				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																			
	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										5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()										転 帰																			
	初検料 (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)										円										摘 要																													
	施 術 料										円× 回= 円																																							
	はり																																																	
	きゅう																																																	
	はり・きゅう併用																																																	
	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										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																																								
合 計										円																																								
一 部 負 担 金 (1 割 ・ 2 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。										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										名称										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。										年 月 日										〒																													
	申請者 住所										殿 (被保険者)										氏名 ④ 電話																													
支 払 機 関 欄	支払区分										預金の種類										金融機関名																													
	1. 振 込 2. 銀行送金										1. 普通 2. 当座										銀行 本店																													
	3. 郵便局送金 4. 当地払										3. 通知 4. 別段										金庫 支店 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									
																					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

(被保険者) 氏名 ④ 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。

※ 施術管理者及び申請者 (被保険者) の記名押印は署名でも差し支えありません。

※ 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。