

（健保記入欄）

支給決定同	常務理事	事務長	支給額	¥		取得日	年 月 日	
			診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	日間	委任・本人	喪失日	年 月 日
	課長	担当者		認定日			年 月 日	
			同意期間	年 月 日 ~ 年 月 日	備考		抹消日	年 月 日

【記入にあたっての注意事項】

1. 太枠内（被保険者記入欄・申請欄・委任欄）のみ本人が記入してください。
2. ボールペン等、消えない筆記用具でご記入ください。鉛筆、消せるボールペン（フリクション等）は不可です。
3. 施術内容欄・施術証明欄・同意記録欄については、施術者に記入してもらってください。
4. 申請の際には、診療を受けた際に支払った代金の領収書（必ず原本）が必要です。
※ 支給の可否の審査には時間がかかり、追加書類をお願いする事もあります。

療 養 費 支 給 申 請 書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

R6.12改訂

被保険者欄	○被保険者等記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																											
	記号	番号	年 月 日																													
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)		続 柄	○業務上・外、第三者行為の有無																											
		男・女			(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																											
昭・平・令 年 月 日生		○施術した場所（入居施設や住所地特例等、住所地と異なる場合に記載）																														
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・令和 年 月 日～至・令和 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				円	摘 要																										
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用																															
	施 術 料	はり・きゅう	施術の種類	1 術 回	2 術 回																											
		通所	円× 回＝ 円																													
		訪問施術料 1	円× 回＝ 円																													
		訪問施術料 2	円× 回＝ 円																													
		訪問施術料 3（3人～9人）	円× 回＝ 円																													
	特 別 地 域（加 算）	訪問施術料 3（10人以上）	円× 回＝ 円																													
		電療料（加算／ 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具）	円× 回＝ 円																													
		往 療 料	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																														
施術日	訪問1①																															
通所②	訪問2②																															
往療③	訪問3③																															
○往療又は訪問の理由（ 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ())																																
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																											
	令和 年 月 日		〒		-																											
申 請 欄	免許登録番号		はり師 住 所																													
	免許登録番号		きゅう師 氏 名		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。		〒		-																											
	令和 年 月 日		申請者 住所 (被保険者)																													
（退職者のみ）	支払区分		預金の種類		金融機関名																											
	1. 振 込 2. 銀 行 送 金 3. 郵便局送金 4. 当 地 払		1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所																											
同 意 記 録	口 座 名 義 カタカナで記入		口座番号		郵便局																											
	同意医師の氏名		住 所		同意年月日																											
委 任 欄	傷 病 名		要加療期間																													
	令和 年 月 日																															
委 任 欄	上記療養費の受領を健保代理受領口代理人に委任します。		(事業主が記入する欄) 健保代理受領口代理人氏名		受 付 印																											
	年 月 日																															
委 任 欄	申 請 者 (被保険者氏名)																															