

療養費支給申請書(年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	被保険者等の記号番号		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																													
	—		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																													
					1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 ()																													
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		年 月 日 ~ 年 月 日		日	新規・継続																												
	傷病名 1. 神経痛(部位:) 2. リウマチ(部位:) 3. 頸腕症候群(部位:)					転 帰																												
	4. 五十肩(右・左) 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 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																														
		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																														
	特別地域(加算)		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		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
通所○		訪問2②																																
往療◎		訪問3③	月																															
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																					
	年 月 日										所在地																							
	はり師 免許登録番号										施術所名																							
	きゅう師 免許登録番号										施術者名																							
										電話 ()										—														
※施術所の所在地・名称はゴム印(スタンプ等)を使用してください。 記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を記入してください。																																		
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																													
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 円 —																																	
	被保険者 住所 (申請者) 氏名 電話 () —																																	
確認欄		<input type="checkbox"/> この申請については、申請者本人(被保険者)が作成したものです																																
振込(送金)を希望する金融機関		フリガナ																				本店		預金の種類		1. 普通 2. 当座								
		銀行																				支店												
※振込日現在に被保険者資格を喪失している方のみ記入		口座番号												口座名義人		フリガナ																		
委任する時 ※施術者等への委任はできません		上記申請金額の受領方を										住 所 氏 名		に委任します。																				
		年 月 日										被保険者氏名																						
備考欄	被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)																																	

◎ 太枠内は、施術者へ記入を依頼してください。
◎ 添付書類
□ 施術に要した費用の領収証 □ 医師の同意書の原本(初療月及び再同意月) □ 施術報告書の写し(該当する場合のみ)
□ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(該当する場合のみ)