

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 3 後高	2 本外 4 六外 8 高外一	給付割合		
公費受給者番号											2 公費 4 退職	6 家外 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 保 険 者 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	○発症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・平・令 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・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										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 術 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 (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																													
	令和 年 月 日 登録記号番号 (申し出た施術者登録番号)										所在地 名 称 氏 名 印 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 殿 (被保険者) 氏名 印 電話																																							
支 払 機 関 欄	支払区分 1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払										預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段										金融機関名 銀行 金庫 農協 本店 支店 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									
																					令和 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。 令和 年 月 日															
申請者 住所 代理人 住所															
(被保険者) 氏名 印 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。