

療養費支給申請書 ( 年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名																									
					年 月 日																													
	(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																									
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																									
	年 月 日				自・年 月 日～至・年 月 日				日																									
	傷病名				1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩				請 求 区 分																									
					5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ( )				新 規 ・ 継 続																									
									転 帰																									
									継続・治癒・中止・転医																									
	初 検 料								摘 要																									
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用				円																													
	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				円× 回=				円																								
	1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具																																	
	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																														
費 用 額 計				円																														
一 部 負 担 金 額 ( 1 ・ 2 ・ 3 割 )				円																														
請 求 金 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				住 所																													
	免許登録番号 _____ はり師				氏 名				☎ 電 話																									
免許登録番号 _____ きゅう師																																		
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				☎ 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																									
☐ 座名義 カタカナで記入				口座番号				農協 出張所																										
								郵便局																										
同 意 記 録	同意医師の氏名				住 所				同意年月日																									
									年 月 日																									
				傷 病 名				要加療期間																										

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							
(被保険者) 氏名				☎			
住所							
代理人 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。