

(被保険者・家族)療養費支給申請書
(年 月分)

機関コード

(はり・きゅう用)

特記事項	1. 社国	3. 後期	2. 本外	8. 高外9	給付割合
	2. 公費	4. 退職	4. 三外	0. 高外8	
種類	05 鍼灸				②

公費負担者番号		公費受給者番号		区市町村番号		受給者番号		保険者番号		被保険者記号・番号			
被保険者氏名	(フリガナ)							事業所	名称		所在地		
	明・大・昭・平 年 月 日生												
被保険者住所	郵便番号	(フリガナ)							電話 ()				
	(受取人情報)/(被保険者情報)												
療養が被扶養者に関するとき	被扶養者氏名	男女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生	被保険者との続柄					
発病の原因及びその経過								業務上・外、第三者行為の有無					
初療年月日		施術期間				実日数	入院入院外の別	1.業務上 2.第三者行為である 3.その他					
年 月 日		自 年 月 日 ~ 至 年 月 日				日	0:入院外 1:入院	発病又は負傷年月日					
施 術 内 容 欄	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()												
	初検料 1.はり 2.きゅう 3.はり・きゅう併用												
	1. はり 円× 回= 円 転 帰												
	2. きゅう 円× 回= 円 続 続・治 癒・中 止・転 医												
	3. はり・きゅう併用 円× 回= 円 摘 要												
	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 2kmまで 円× 回= 円												
	加 算 (km) 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		はり・きゅう師		住所		氏名		Ⓣ 電話		施術者登録番号			
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				
				平成 年 月 日									
申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費(医療費)の支給を申請します。												
年 月 日		全国健康保険協会支部 健康保険組合 共済組合 世帯主 市町村 組合員 国民健康保険組合 被保険者 後期高齢者医療広域連合 長賜 受給者		住所		氏名		Ⓣ					
支払機関欄	支払区分 1. 振込	預金の種類 1. 普通2. 当座	金融機関名				銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所				
	金融機関コード		口座番号										
	口座名義人		(口座名義人フリガナ)										
委任欄	本請求に基づく療養費(医療費)の受領を下記代理人に委任します。										年 月 日提出		
	年 月 日		世帯主 組合員 住所		被保険者 氏名		Ⓣ		受付日付印				
代理人		住所		氏名		Ⓣ							

[記入上の注意] 1.往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。
2.再同意書については、実際に医師から同意を得ていなければ必ずしも添付を必要としません。この場合には同意をした医師の氏・同意年月日、傷病名、要加療機関の提示がある場合にはその期間を[同意記録欄]に記入してください。