

支給額	円	支払年月日	常務理事	事務長	課長	係
		令和 年 月 日				

- 被保険者
被扶養者

療養費支給申請書 (はり・きゅう用)

本・家印

処理区分	償還払い 29
------	---------

提出日 令和 年 月 日

被保険者欄	被保険者証等の記号番号	記号 番号	被保険者の(申請者)氏名と生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	事業所名所在地				
	申請者が扶養者のときはその方の	氏 名	生 年 月 日	続 柄	
	傷病名	発病又負傷の年月日		平成・令和 年 月 日	
	発病又は負傷の原因及びその経過			医療助成	<input type="checkbox"/> 受けている () <input type="checkbox"/> 受けていない
	業務上・外、第三者行為の有無	1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()		施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証所在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
	平成・令和 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 (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)		円	継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医
	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	
合 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っている外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害など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	施術所	所在地
	登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号)		名 称
		施術管理者	氏 名
			電 話

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		

注) 初回及び6ヶ月を超えて引き続き施術を受ける場合は、保険医の診察を受け同意書(文書)の交付を受けて、申請書に添付してください。
注) 給付は全て被保険者の給付組込となります。下記受取代理人の本人欄に記名してください。(任意継続者を除く)
また、任意継続者は、保険料を引き落している郵便局の口座(前納者は事前に申出されている口座)に振り込みとなります。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求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	受付印
本人	住所 氏名	
代理人	住所 氏名	

備 考
被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)には、備考欄に記載して下さい。
個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス(□)」にチェックを入れてください。
本申請書の提出について、事業主に委任いたします。(委任する場合)