

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												本・家 印	
療養費支給申請書（はり・きゅう用）													
給付種別		(2112) 本人 (2214) 六歳 (2116) 家族 (2118) 高一											

提出日										令和 年 月 日			
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------	--	--	--

被 保 険 者 欄	被保険者資格の 記号番号	記号				被保険者の (申請者) 氏名と生年月日												
		番号					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						
							昭和・平成・令和 年 月 日											
	傷病名、発症又は負傷 の原因及びその経過						発病又負傷年月日					平成・令和 年 月 日						
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（施設等に入居している場合及び被保険者の住所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										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・きゅう										施術の種類		1術 回		2術 回																	
		通所	円× 回＝ 円																														
			(月16回以降の施術に係る50%通減)										円×0.5× 回＝ 円																				
			訪問施術料 1										円× 回＝ 円																				
			(月16回以降の施術に係る50%通減)										円×0.5× 回＝ 円																				
			訪問施術料 2										円× 回＝ 円																				
			(月16回以降の施術に係る50%通減)										円×0.5× 回＝ 円																				
			訪問施術料 3 (3人～9人)										円× 回＝ 円																				
			(月16回以降の施術に係る50%通減)										円×0.5× 回＝ 円																				
			訪問施術料 4 (10人～19人)										円× 回＝ 円																				
			(月16回以降の施術に係る50%通減)										円×0.5× 回＝ 円																				
		訪問施術料 5 (20人以上)										円× 回＝ 円																					
		(月16回以降の施術に係る50%通減)										円×0.5× 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																					
		(月16回以降の施術における加算に係る50%通減)										円×0.5× 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																						
	明細書発行加算										円× 回＝ 円																						
	合 計										円																						
	※集中率90%以上の施設等入居者（80%通減対象）【該当の場合○】										通減後合計額 円																						
施術日	訪問1①	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
通所○	訪問2②																																
	訪問3③																																
	訪問4④																																
往療◎	訪問5⑤																																

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与組込となります。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 ☒)																													