

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	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話(内線)		
	被保険者氏名	(フリガナ)	被保険者 生年月日	昭和	年	月	日
				平成			
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒					
		電話	メールアドレス				
	療養を受けた者の 氏名	(フリガナ)	療養を受けた者の 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
発病又は 負傷年月日	年	月	日	発症又は負傷の原因 及びその経過			
交通事故等 第三者が原因 ですか	いいえ ・ はい			業務上、通勤途上 によるものですか	いいえ ・ はい		
	※「はい」の場合は、別途届出が必要です。				※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		

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 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()																										転 帰												
		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																															
		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																																
費 用 額 計							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																																						
往療◎		訪問3③																																						
○往療又は訪問の理由(1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより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														〒 -																									
	免許登録番号														はり師				住 所																					
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																					

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。				令和	年	月	日
	被保険者(申請書)	氏名						
	代理人(実際に給付を受領する者)	氏名						

振込先情報	金融機関コード					支店コード			
	金融機関名称	銀行/信用金庫							本店/支店
	預金種別	普通	当座	その他()	口座番号			口座名義(カタカナ)	

■添付書類

1. 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本 2. 治療内容の書いてある領収書原本

備考	個人番号（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要）
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード（両面）の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点

受付日付印