

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			請 求 区 分																								
	年 月 日			自・ 年 月 日～至・ 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						円			摘 要																								
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用																																	
	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																												
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
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																																		
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						氏 名			☎ 電 話																									
殿 (被保険者)																																		
支払区分			預金の種類			金融機関名			銀行 本店																									
1. 振 込			2. 銀行送金			1. 普通			2. 当座																									
3. 郵便局送金			4. 当地払			3. 通知			4. 別段																									
口座名義 カタカナで記入			口座番号						農協 出張所																									
									郵便局																									
同意医師の氏名			住 所			同意年月日			傷 病 名																									
						年 月 日																												
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。