

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、発症又は負傷の原因及びその経過																				
											年 月 日																									
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名		(ﾌｻｶﾞ ﾀ)										続 柄					○業務上・外、第三者行為の有無																		
			男 ・ 女															(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																		
明・大・昭・平・令 年 月 日生																		○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所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										
	() 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1○ 通所○ 訪問2○ 往療○ 訪問3○										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																
○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										〒					—																				
申 請 欄	免許登録番号										はり 師					住 所																				
	免許登録番号										きゅう師					氏 名 電話																				
支 払 機 関 欄	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。										〒					—																				
	令和 年 月 日										申請者 住所 殿 (被保険者) 氏名 電話																									
同 意 記 録	支払区分 1. 振 込 2. 銀 行 送 金 3. 郵便局送金 4. 当 地 払										預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段					金融機関名 銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所																				
	口座名義 カタカナで記入										口座番号					郵便局																				
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																				

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。		令和 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。