

療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

機関コード

公費負担者番号									特記事項		1 社国 3 後高	2 本外 4 六外 8 高外-	給付割合			
公費受給者番号											2 公費 4 退職	6 家外 0 高外7	8	9	10	
区市町村番号										種類	05 鍼灸					
受給者番号									保険者番号							

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																																									
	療養を受けた者の氏名 (フリガナ)								続柄								○発症又は負傷の原因及びその経過																																	
																	○業務上・外、第三者行為の有無																																	
明・大・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・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				円× 回＝ 円																																												
		きゅう				円× 回＝ 円																																												
		はり・きゅう併用				円× 回＝ 円																																												
	電 療 料	電療料 (1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具)				円× 回＝ 円																																												
		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																																													
	合 計				円																																													
	一部負担金 (1 割・2 割・3 割)				円																																													
請 求 額				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																																																
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 (申し出た施術者登録番号)										名 称 氏 名 印 電話																																							
申 請 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。 円																																																	
	令和 年 月 日										申請者 住所 殿 (被保険者) 氏名 印 電話																																							
支 払 機 関 欄	支払区分										預金の種類										金融機関名										銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所																			
	1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払										1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段																																							
	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

代理人 住所

(被保険者) 氏名

印

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。
※ 施術管理者及び申請者 (被保険者) の記名押印は署名でも差し支えありません。
※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程 (平成30年6月12日保発0612第2号通知) に従い行われるものです。

療養費支給申請書（ 年 月分）（あんま・マッサージ用）

機関コード

公費負担者番号									特記事項		1 社国 3 後高	2 本外 4 六外 8 高外-	給付割合		
公費受給者番号											2 公費 4 退職	6 家外 0 高外7	8	9	10
区市町村番号										種類	04 マ				
受給者番号									保険者番号						

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																																									
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)								続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過																																							
		男・女									○業務上・外、第三者行為の有無																																							
明・大・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・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日								日				新規・継続																																	
	傷病名又は症状												転 帰																																					
													継続・治癒・中止・転医																																					
	マ ッ サ ー ジ				軀 幹				円×				回＝				円				摘 要																													
					右上肢				円×				回＝				円																																	
					左上肢				円×				回＝				円																																	
					右下肢				円×				回＝				円																																	
					左下肢				円×				回＝				円																																	
	変形徒手矯正術								円×				肢×				回＝								円																									
	温 罨 法								円×				回＝				円																																	
	温罨法・電光線器具								円×				回＝				円																																	
	往療料 4kmまで								円×				回＝				円																																	
	往療料 4km超								円×				回＝				円																																	
	施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)								円×				回＝				円																																	
合 計																円																																		
一部負担金 (1割・2割・3割)																円																																		
請 求 額																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																																														
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 (申し出た施術者登録番号)										名 称 氏 名 印 電話																																							
申請欄	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 印 電話																																							
支払機関欄	支払区分										預金の種類										金融機関名										本店 支店 出張所																			
	1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払										1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段										銀行 金庫 農協																													
	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																代理人 住所															
(被保険者) 氏名 印																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。
※ 施術管理者及び申請者（被保険者）の記名押印は署名でも差し支えありません。
※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程（平成30年6月12日保発0612第2号通知）に従い行われるものです。