

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 一	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、発病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	(フリガナ)				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 で あ る 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												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																												
		訪問施術 1												円 × 回 = 円																												
		訪問施術 2												円 × 回 = 円																												
		訪問施術 3 (3人～9人)												円 × 回 = 円																												
	訪問施術 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																													
合 計												円																														
一部負担金 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)												円																														
請 求 額												円																														
施術日訪問1①												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
通院○訪問2②																																										
往療○訪問3③																																										

○往療を必要とする理由 (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単独での外出困難 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												施 術 所 所 在 地															
	登録記号番号												名 称 氏 名 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 氏 名 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 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								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												氏名											

※ 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。
※ 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）場合に署名してください。
※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から 押印を受けてください。