|  |
| --- |
| **療養費支給申請書**（　　年　　月分）（はり・きゅう用）**平成30年10月以降　施術分用** |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 療養を受けた者の氏名 | （ﾌﾘｶﾞﾅ） | 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 |
| 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 |
| 平・令　　年　　月　　日 | 平・令　　年　　月　　日 ～ 平・令　　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 |  | 円× |  | 回＝ |  | 円 |
| きゅう |  | 円× |  | 回＝ |  | 円 |
| はり・きゅう併用 |  | 円× |  | 回＝ |  | 円 |
| 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 | 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 |
| 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 |
| 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 |
| 平・令　　　年　　　月　　　日は り 師免許登録番号きゅう師免許登録番号 | 住　所氏　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 　　　　　　　　　殿 | 申請者（被保険者） | 〒　　 －住　所氏　名　　　　　　　　　　　　電話 |
| 支払機関欄 | 支払区分1.　振込  | 預金の種類1.　普通 2.　当座 | 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 |
|  |  | 　　　　年　　月　　日 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 備　考 |  |
|  |
|  |

・被保険者証の記号番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

・備考欄にマイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。