

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					
	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			
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				円	摘 要		
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用							
	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		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						
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。 平・令 年 月 日			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			
	住所 免許登録番号 _____ はり師 _____ きゅう師 _____ 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 千 一 日							
	申請者 住所 殿 (被保険者) 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			
					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。