

療養費支給申請書（令和 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（医師の同意を受けた傷病名）																					
				—					年 月 日																									
	(フリガナ)								続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過																							
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名								男・女		1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()		○業務上・外、第三者行為の有無																					
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																			
	令和 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				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。 令和 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																					
									所在地																									
									施術所名																									
									施術者名				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																																	
	〒 —																																	
	被保険者 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									
	1. 振 込 2. 銀行送金								1. 普通 2. 当座																金庫 支店									
	3. 郵便局送金 4. 当地払								3. 通知 4. 別段																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。