

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 6 家外	8 高外- 0 高外7	給付割合		
公費受給者番号											2 公費 4 退職			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							
	(フリガナ)				続柄				○発病又は負傷の原因及びその経過			
	療養を受けた者の氏名				男・女				○業務上・外、第三者行為の有無			
明・大・昭・平 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 内 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		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 (又は申し出た施術者登録番号)				名 称				電 話			
_____ 施術管理者 氏 名												

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							
	大分県後期高齢者医療広域連合 殿				(被保険者) 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	
					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							

※ 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。