

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		○発症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 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 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()								転 帰																		
	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 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																				
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																		
	免許登録番号 _____ はり 師 氏 名 免許登録番号 _____ 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 年 月 日																														
	申請者 住所 氏 名 電 話 (被保険者) 殿																														
支 払 機 関 欄	支払区分						預金の種類						金融機関名						銀行 本店 金庫 支店 農協 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																								
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。