

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							
	(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				
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		
	平成 年 月 日			自・平成 年 月 日～至・平成 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。 平成 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。 平成 年 月 日						申請者 住所 (被保険者) 氏 名		☎ 電 話					
	同意医師の氏名						住 所		同意年月日		傷 病 名		要加療期間	
同 意 記 録							平成 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。 平成 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場合に記入してください。