

常務理事	理事	事務長	担当者

様式第16号の2

療養費支給申請書(年 月分)(はり・きゅう用)

保険者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

被 保 険 者 欄	○被保険者番号 宮医		○発病又は負傷年月日 令和 年 月 日		○傷病名																											
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)			○発病又は負傷の原因及びその経過																											
		男 ・ 女	昭・平・令 年 月 日生			○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・年 月 日～至・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 (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)		円				摘 要																									
	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 4kmまで		円×	回=	円																											
	往療料 4km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																											
一部負担金相当額 (2割・3割)																																
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(施術内容欄の合計金額)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)		はり師 名称		電話																											
		きゅう師 氏名		印																												
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																													
	宮城県医師国民健康保険組合 理事長 様		第1種組合員 (医師) 氏名		印 電話																											
振 込 先 口 座	銀行				本店	預金種別																										
					支店	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄																										
	フリガナ				口座番号																											
口座名義																																
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日	傷 病 名																										
					年 月 日	要加療期間																										

※ 必要書類を揃えて第1種組合員(医師)が当組合へ申請を行ってください。
ただし、施術者又は施術所関係者等に、給付に関する受領を委任することはできません。