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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女 昭・平・令　年　月　日生	○発病又は負傷の原因及びその経過 ○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

			摘要
初検料（1はり　2きゅう　3はりきゅう併用）		円	
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

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

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。

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　施術者　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

宮城県医師国民健康保険組合 理事長 様　　申請者 第1種組合員(医師)　住所

氏名　　電話

振込先口座

銀行　本店・支店	預金種別 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	要加療期間
		年　月　日		

DL

※　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。