

## 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)			男・女			○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				
昭・平・令 年 月 日生											
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				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 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。 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			
	登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号)			施術所 所在地							
	はり師 きゅう師			施術者 氏名		電 話		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。 千 一										
	令和 年 月 日			住所		申請者 (第1種組合員)		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		要加療期間		
					年 月 日						

※ 必要書類を揃えて第1種組合員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。