

## 別添 1 (別紙 4)

## 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・令 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																									
	( ) 年 月 日				自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日				日																									
	傷病名				1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩				請 求 区 分																									
					5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ( )				新 規 ・ 継 続																									
	初 検 料								摘 要																									
	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				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。				令和 年 月 日				保健所登録区分																									
	住所				1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地																													
申 請 欄	免許登録番号 _____ はり師				住所				氏 名																									
	免許登録番号 _____ きゅう師				氏 名				電 話																									
支 払 機 関 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				氏 名				電 話																									
支 払 機 関 欄	支払区分				預金の種類				金融機関名																									
	1. 振 込 2. 銀行送金				1. 普通 2. 当座				銀行 本店																									
3. 郵便局送金 4. 当地払				3. 通知 4. 別段				金庫 支店																										
□ 座名義 カタカナで記入				□ 座番号				農協 出張所																										
同 意 記 録	同意医師の氏名				住 所				同意年月日																									
					令和 年 月 日				傷 病 名																									
								要加療期間																										

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。