

療 養 費 支 給 申 請 書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

機関コード

|               |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                        |                   |                |          |  |  |  |   |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|------------------------|-------------------|----------------|----------|--|--|--|---|
| 公 費 負 担 者 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 特記事項      |  | 1 社国 3 後高<br>2 公費 4 退職 | 2 本外<br>4 六外 6 家外 | 8 高外一<br>0 高外7 | 給付割合     |  |  |  |   |
| 公 費 受 給 者 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                        |                   |                |          |  |  |  | 8 |
| 区 市 町 村 番 号   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |                        |                   |                | 種類 05 鍼灸 |  |  |  |   |
| 受 給 者 番 号     |  |  |  |  |  |  |  |  | 保 険 者 番 号 |  |                        |                   |                |          |  |  |  |   |

|           |                           |                  |  |  |            |     |  |                                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|---------------------------|------------------|--|--|------------|-----|--|--------------------------------------|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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、発症又は負傷の原因及びその経過 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                           |                  |  |  | 年 月 日      |     |  |                                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 療 養 を<br>受 け た 者<br>の 氏 名 | (フリガナ)           |  |  |            | 続 柄 |  | ○業務上・外、第三者行為の有無                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                           | 男・女              |  |  |            |     |  | ( 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ( ) )       |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           |                           | 明・大・昭・平・令 年 月 日生 |  |  |            |     |  | ○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載） |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|           |                              |                |   |   |                                |         |   |       |   |   |   |       |    |    |    |    |             |    |           |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|-----------|------------------------------|----------------|---|---|--------------------------------|---------|---|-------|---|---|---|-------|----|----|----|----|-------------|----|-----------|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|
| 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・令和 年 月 日～至・令和 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・きゅう         |   |   |                                | 施術の種類   |   | 1 術 回 |   |   |   | 2 術 回 |    |    |    |    |             |    |           |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|           |                              | 通所             |   |   |                                | 円× 回＝ 円 |   |       |   |   |   |       |    |    |    |    |             |    |           |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|           |                              | 訪問施術料 1        |   |   |                                | 円× 回＝ 円 |   |       |   |   |   |       |    |    |    |    |             |    |           |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|           |                              | 訪問施術料 2        |   |   |                                | 円× 回＝ 円 |   |       |   |   |   |       |    |    |    |    |             |    |           |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|           |                              | 訪問施術料 3（3人～9人） |   |   |                                | 円× 回＝ 円 |   |       |   |   |   |       |    |    |    |    |             |    |           |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|           |                              | 訪問施術料 3（10人以上） |   |   |                                | 円× 回＝ 円 |   |       |   |   |   |       |    |    |    |    |             |    |           |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|           | 電療料（加算／ 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具） |                |   |   | 円× 回＝ 円                        |         |   |       |   |   |   |       |    |    |    |    |             |    |           |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|           | 特 別 地 域（加 算）                 |                |   |   | 円× 回＝ 円                        |         |   |       |   |   |   |       |    |    |    |    |             |    |           |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|           | 往 療 料                        |                |   |   | 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（1 割 ・ 2 割 ・ 3 割）       |                |   |   | 円                              |         |   |       |   |   |   |       |    |    |    |    |             |    |           |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
| 請 求 額     |                              |                |   | 円 |                                |         |   |       |   |   |   |       |    |    |    |    |             |    |           |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
| 施術日       | 訪問1①                         |                | 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 |  |  |  |  |  |  |
| 通所○       | 訪問2②                         |                |   |   |                                |         |   |       |   |   |   |       |    |    |    |    |             |    |           |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
| 往療◎       | 訪問3③                         | 月              |   |   |                                |         |   |       |   |   |   |       |    |    |    |    |             |    |           |    |    |    |     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |

○往療又は訪問の理由（ 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ( ) ）

|           |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 〒       |  | 所在地                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | 登録記号番号                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 名称      |  | 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。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 〒      |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 令和 年 月 日                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請者 住所 |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 殿 (被保険者)                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名     |  | 電話 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|              |                                         |  |  |  |                         |      |  |  |       |  |  |  |              |     |  |  |  |
|--------------|-----------------------------------------|--|--|--|-------------------------|------|--|--|-------|--|--|--|--------------|-----|--|--|--|
| 支 払 機 関 欄    | 支払区分                                    |  |  |  | 預金の種類                   |      |  |  | 金融機関名 |  |  |  | 銀行 本店 支店 出張所 |     |  |  |  |
|              | 1. 振 込 2. 銀 行 送 金 3. 郵 便 局 送 金 4. 当 地 払 |  |  |  | 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段 |      |  |  |       |  |  |  | 金庫 農協        |     |  |  |  |
| 口座名義 カタカナで記入 |                                         |  |  |  |                         | 口座番号 |  |  |       |  |  |  |              | 郵便局 |  |  |  |

|         |         |  |  |  |     |  |  |  |           |  |  |  |       |  |  |  |       |  |  |  |
|---------|---------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------|--|--|--|-------|--|--|--|-------|--|--|--|
| 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 |  |  |  |
|         |         |  |  |  |     |  |  |  | 令和 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。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請者 住所                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 代理人 住所   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (被保険者) 氏名                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程（平成30年6月12日保発0612第2号通知）に従い行われるものです。  
※ 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）場合に署名してください。  
※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。