

後期高齢者医療療養費支給申請書 (はり・きゅう用)

捺印

負担割合	
8:1割	0:3割

(年 月分)										代理受領施術者 登録番号									
保険者番号		3 9								(フリガナ)									
被保険者番号										療養を受けた者の氏名 男・女 明・大・昭 年 月 日生									
発症又は負傷年月日		年 月 日		発症又は負傷の原因及び経過						第三者行為か否か				はい・いいえ					
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間						実日数		請求区分		転 帰						
	年 月 日		自 年 月 日 ~ 至 年 月 日						日		新規・継続		治癒・中止						
	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 ()																
	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 (2kmまで)		円× 回=						円										
	加 算 (km)		円× 回=						円										
合 計		円						円											
一 部 負 担 金		(1割・3割)						円											
請 求 額		円						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						
	(領収証欄) 上記のとおり施術を行い、その費用(施術内容欄の合計=10割)を領収しました。 年 月 日										免許登録番号		はり師		施 術 者 住 所				
	免許登録番号										きゅう師		氏 名		☎ 電話				
再 同 意 記 録	再同意医師氏名		住 所						再同意年月日		傷病名		要加療期間						
									年 月 日										
申 請 欄	上記施術に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 年 月 日										〒		—						
	なお、私の受ける療養費の受領方を上記施術者に委任します。										被保険者 住 所		福岡県後期高齢者医療広域連合長 様		(申請者) 氏 名		☎ 電話		
支 払 機 関 欄	預 金 種 別		1 普通		2 当座		3 貯蓄		金融機関名		銀行		支店						
	金融機関コード				支店コード						金庫		支店						
	口座番号								口座名義人		農協		出張所						
										(カナ)									

福岡県後期高齢者医療広域連合提出用

記入上の注意

- 1 施術内容欄の傷病名、初回の施術内容については、該当する項目を○で囲んでください。
- 2 往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。
- 3 同意書又は診断書は、療養費支給申請の都度添付することが原則ですが、初療の日から3ヶ月を経過した時点における再同意書については、実際に医師から同意を得ておれば必ずしも添付を必要としません。この場合には、同意した医師の氏名・住所等を再同意記録欄に記入してください。
- 4 支払機関欄は、代理受領施術者登録済の施術者については、記入は不要です。