

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						○発病又は負傷年月日			○傷病名		
							年 月 日					
	療養を受けた者の氏名 (フリガナ)						○発病又は負傷の原因及びその経過					
							男・女					
明・大・昭・平 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		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 (1 割 ・ 3 割)								円																								
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。					
	年 月 日		施術所 所在地		電話	
免許登録番号		はり師		名称		
		きゅう師		施術者 氏名		
				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。					
	年 月 日		申請者 住所		印 電話	
福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長 様		(被保険者) 氏名				

支 払 機 関 欄	金融機関名		銀 行 信用金庫		本店 (所)		預金種別	
			信用組合 協同組合		支店 (所)		1. 普通 2. 当座	
口座名義 カタカナで記入		口座番号				3. ()		

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					

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。						年 月 日	
申請者 住所		代理人 住所					
(被保険者) 氏名		印		氏名		印	

※ 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。
 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。
 なお、署名の場合は、押印の必要はありません。