

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)					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				
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		
免許登録番号	はり師	名称	電話		
	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	氏名 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)			

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 3. ( )		
口座名義 カタカナで記入		口座番号							

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。