

後期高齢者医療療養費支給申請書 (はり・きゅう用)

捨印

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												
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 (4kmまで)		円 × 回 =								円																							
	往 療 料 (4km 超)		円 × 回 =								円																							
合 計		円																																
一 部 負 担 金		(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																					
	(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		氏 名						☎ 電話															
再同意医師氏名		住 所								再同意年月日		傷病名		要加療期間																				
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		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				銀行		金庫		支店																					
	口座番号				口座名義人		(カナ)		銀行		農協		出張所																					

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、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。