

療 養 費 支 給 申 請 書 (年 月 分) (はり ・ きゅう 用)

保 險 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																												
						○業務上・外、第三者行為の有無					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 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()						転 帰			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 ・ 2 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 険 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																								
					きゅう師					施 術 者 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。					年 月 日																								
福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長 様					申請者 住所					氏 名																								
電 話																																		
支 払 機 関 欄					金融機関名					本店 (所)																								
					銀 行 信用金庫					支店 (所)																								
					信用組合 協同組合					預金種別																								
					口座番号					1. 普通 2. 当座																								
					口座名義					3. ()																								
					カタカナで記入																													
同 意 記 録					同意医師の氏名					住 所																								
					同意年月日					傷 病 名																								
					年 月 日					要加療期間																								