様式第 19 号の 3(第14 条関係)

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、発症又は負傷の原因及びその経過
		年　月　日	
	療養を受けた者の氏名 (ﾌﾘｶﾞﾅ)		○業務上・外、第三者行為の有無
			1. 業務上　2. 第三者行為　3. その他（　　）
			○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）
		明・大・昭・平　年　月　日生	

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・きゅう	施術の種類	1術　回	2術　回
	通所	円×	回＝	円
	訪問施術料　1	円×	回＝	円
	訪問施術料　2	円×	回＝	円
	訪問施術料　3（3人～9人）	円×	回＝	円
	訪問施術料　3（10人以上）	円×	回＝	円
	電療料(加算) 1電気針　2電気温灸器　3電気光線器具	円×	回＝	円
	特別地域（加算）	円×	回＝	円
往療料		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	訪問1 ①		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
通所○ 往療◎	訪問2 ② 訪問3 ③	月																															

往療又は訪問の理由　1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難　2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難　3. その他（　　）

施術証明欄

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。

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

年　月　日

免許登録番号 ＿＿＿＿＿＿ はり師

免許登録番号 ＿＿＿＿＿＿ きゅう師

施術所　所在地　〒　－

名称

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（被保険者）　住所

氏名　電話

支払機関欄	金融機関名　銀行　信用金庫　信用組合　協同組合	本店(所) 支店(所)	預金種別 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		