

療養費支給申請書

(年 月分)(はり・きゅう用)

施術機関番号

記載例

被 保 険 者 欄	保険者番号	0 7 0 0 7 8	被保険者証記号番号	島 4 - 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	他の制度により自己負担相当額又はその一部の給付を受けられる場合、記入して下さい。				
	医療費助成事業名	受給者証 記号番号			
	療養を受けた被保険者氏名 <small>(フリガナ) スカガワ タロウ</small>	性別	生年月日	続柄	業務上・外、第三者行為の有無
	須賀川 太郎	男・女	年 月 日生	本人	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 (普通に生活していて負傷)
世帯主氏名	傷病名	発病又は負傷年月日	発症又は負傷の原因及びその経過		
須賀川 太郎	頸椎捻挫後遺症	年 月 日	頸椎捻挫		
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	
	施 術 料	はり	円 × 回 =	要	
		きゅう	円 × 回 =		
		はり・きゅう併用	円 × 回 =		
		電療料	円 × 回 =		
	1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具		円		
	往療料	kmまで	円 × 回 =	円	
加算	(km)	円 × 回 =	円		
費用額計			円		
一部負担金(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	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		施術所名	施術者登録番号	
	年 月 日	住所 はり師、きゅう師 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	申請者 住所 須賀川市八幡町135番地 須賀川市長 (世帯主) 氏 名 須賀川 太郎 須賀川	電話 ()		
支 払 機 関 欄	支払区分	口座	本店 支店 出張所		
	振込 銀行送金 当地払	1.普通 3.通知	施術所へ保険診療分自己負担額のみを支払い、保険 給付分の受領を施術所へ委任する場合、「支払機関 欄」の記入は施術所のものになります。なお、「受		
受 取 代 理 人 欄	本請求に基づく給付金に関する権限を下記代理人に委任します。		申請者 氏名 須賀川 太郎 須賀川		
	年 月 日	住所 代理人 氏 名	(世帯主) 電話 ()		
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	

施術所で記入するところです。

記入上の注意

- 1 施術内容欄の傷病名、初検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 「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項及び発病等、又は負傷の原因が第三者の行為によるものであるときは、その事実並びに第三者の氏名及び住所又は居所を記入してください。
- 3 初療の日から3ヶ月を経過した時点における同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付は要しません。この場合には、同意をした医師の氏名、要加療期間の指示等がある場合にはその期間等を「同意記録」欄に記入してください。