

# 療養費支給申請書 (はり・きゅう用)

9 割
8 割
7 割

(平成 年 月 施術分)

被 保 険 者 欄	保険者番号				公費負担者番号				
	被保険者番号				公費受給者番号				
	被保険者氏名 <small>(フリガナ)</small>		性別	生年月日		業務上・外、第三者行為の有無			
			男・女	明・大・昭 年 月 日生		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 ( )			
発病又は負傷年月日				発症又は負傷の原因及びその経過					
年 月 日									
施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間			実日数	請 求 区 分			
	平成 年 月 日	自・平成 年 月 日～至・平成 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			
	1. はり		円 × 回 =		円				
	2. きゅう		円 × 回 =		円				
	3. はり・きゅう併用		円 × 回 =		円				
	4. 電療料 <small>1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具</small>		円 × 回 =		円				
	5. 往療料 2kmまで		円 × 回 =		円				
6. 加算 ( km)		円 × 回 =		円					
合 計					円				
一 部 負 担 金					円				
請 求 額					円				
施術日 通院○ 往療◎	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				
	平成 年 月 日		はり師、きゅう師	氏 名		☎ 電話			
			免許登録番号(はり師)						
			免許登録番号(きゅう師)						
はり師、きゅう師住所の保健所登録 区別(右の欄にどちらかに○をして 所在地を記入)		1	施術所所在地		〒				
		2	出張専門施術者所在地						
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。								
	平成 年 月 日		申請者 (被保険者)		住 所		☎ 電話		
大阪府後期高齢者医療広域連合長 様		氏 名							
支 払 機 関 欄	振込先	預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. その他( )		金融機関名		銀行 金庫 組合		本店 支店 出張所	
	口座名義 (カタカナで記入)				口座番号				
委 任 欄	本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。								
	平成 年 月 日								
	住所 〒								
	被保険者 氏 名		☎		電話				
住所 〒									
代理人 氏 名		☎		電話					
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日		傷 病 名		
					平成 年 月 日				
						要加療期間			