

後期高齢者医療療養費支給申請書（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 1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具		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
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
	口座名義 (カタカナで記入)		口座番号	本店 支店 出張所
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