

療養費支給申請書

施術機関番号

| 県番 | 表別 | 地区 | 番号 | 検証 |
|----|----|----|----|----|
|    | 7  |    |    |    |

|           |
|-----------|
| 2 本 人     |
| 4 6 歳 未 満 |
| 6 家 族     |
| 8 高 齢 9・8 |
| 0 高 齢 7   |

(平成 年 月施術分) (はり・きゅう用)

|             |                               |                          |                   |
|-------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------|
| 保 険 者 番 号   | 3 9                           | 保 険 者 番 号                |                   |
| 被 保 険 者 番 号 |                               | 被 保 険 者 記 号 ・ 番 号        |                   |
| 療養を受けた者の氏名  | (フリガナ)                        | 被 保 険 者 氏 名<br>(世帯主・組合員) | 発症または負傷の原因およびその経過 |
|             | 1.男<br>2.女                    |                          |                   |
|             | 1. 2. 3. 4<br>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 | 業務上・外、第三者行為の有無        |
|           | 平成 年 月 日                    | 自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日  | 日   | 1.業務上 2.第三者行為 3.その他   |
|           | 傷病名                         | 1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩<br>5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. ( )付記( )  |     | 発病又は負傷年月日             |
|           | 初回                          | 1. はり 2. はり (電気鍼併用) 3. きゅう 4. きゅう (電気温灸器併用)<br>5. はり、きゅう併用 6. はり、きゅう併用 (電気鍼・電気温灸器併用)   | 円   | 請 求 区 分               |
|           | 2回目以降                       | はり 円× 回= 円<br>はり (電気鍼併用) 円× 回= 円<br>きゅう 円× 回= 円<br>きゅう (電気温灸器併用) 円× 回= 円<br>はり、きゅう併用 円× 回= 円<br>はり、きゅう併用 (電気鍼・電気温灸器併用) 円× 回= 円 | 円   | 新 規 ・ 継 続             |
|           | 往 療 料                       | 4kmまで 円× 回= 円  | 円   | 転 帰                   |
|           | 往 療 料                       | 4km超 円× 回= 円   | 円   | 継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医 |
|           | 合 計                         |  | 円   | 摘 要                   |
|           | 一 部 負 担 金 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) |  | 円   |                       |
|           | 請 求 額                       |  | 円   |                       |

|            |   |   |
|------------|---|---|
| 施 術 日      | 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 |
| 通院○<br>往療◎ |   |   |

|           |   |         |                         |
|-----------|---|---------|-------------------------|
| 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。<br>平成 年 月 日 住所 | 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 |
|           | 免許登録番号 _____ はり師                        |         |                         |
|           | 免許登録番号 _____ 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。<br>平成 年 月 日 千 一 | 世帯主住所<br>市町村<br>国民健康保険組合 長 殿<br>後期高齢者医療広域連合 | 組合員<br>被保険者氏名 | Ⓜ 電話 |
|-------|---|---|---------------|------|

|           |                 |
|-----------|-----------------|
| 支 払 機 関 欄 | 届 出 内 容 の と お り |
|-----------|-----------------|

|       |   |   |
|-------|---|---|
| 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。<br>平成 年 月 日<br>世帯主 住所<br>組合員<br>被保険者 氏名<br>代理人 住所 氏名 | Ⓜ |
|-------|---|---|

|         |         |     |          |       |       |
|---------|---------|-----|----------|-------|-------|
| 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 |
|         |         |     | 平成 年 月 日 |       |       |

記入上の注意

1. 施術内容欄の傷病名、初回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等を記入してください。
3. 初療の日から3か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なけ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、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示等がある場合にはその期間を「同意記録」欄に記入してください。

療養費支給申請書

施術機関番号

|    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|
| 県番 | 表別 | 地区 | 番号 | 検証 |
|    | 7  |    |    |    |

|           |
|-----------|
| 2 本 人     |
| 4 6 歳 未 満 |
| 6 家 族     |
| 8 高 齢 9・8 |
| 0 高 齢 7   |

(平成 年 月施術分) (マッサージ用)

|                         |  |   |                   |                              |
|-------------------------|--|---|-------------------|------------------------------|
| 保 険 者 番 号               | 3 9  | 保 険 者 番 号   |                   |                              |
| 被 保 険 者 番 号             |  | 被 保 険 者 記 号 ・ 番 号   |                   |                              |
| 療養を受けた者の氏名              | (フリガナ)   | 被 保 険 者 氏 名<br>(世帯主・組合員)  | 発症または負傷の原因およびその経過 |                              |
|                         | 1.男<br>2.女<br>1. 2. 3. 4<br>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               | 業務上・外、第三者行為の有無               |
|                         | 平成 年 月 日   | 自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日   | 日                 | 1.業務上 2.第三者行為 3.その他          |
|                         | 傷 病 名 又 は 症 状  |   |                   | 発病又は負傷年月日<br>年 月 日           |
|                         | マ ッ サ ー ジ  | 円× 局所× 回=   | 円                 | 請 求 区 分<br>新 規 ・ 継 続         |
|                         | 変 形 徒 手 矯 正 術  | 円× 肢× 回=  | 円                 | 転 帰<br>継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医 |
|                         | 温 罨 法  | 円× 回=   | 円                 | 摘 要                          |
|                         | 温 罨 法 ・ 電 気 光 線 器 具  | 円× 回=   | 円                 |                              |
|                         | 往 療 料 4kmまで  | 円× 回=   | 円                 |                              |
|                         | 往 療 料 4km超   | 円× 回=   | 円                 |                              |
|                         | 合 計  |   | 円                 |                              |
|                         | 一 部 負 担 金 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)  |   | 円                 |                              |
|                         | 請 求 額  |   | 円                 |                              |
| 施 術 日<br>通 院 〇<br>往 療 〇 | 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。<br>平成 年 月 日 住所<br>免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師 氏名 (印) 電話                                  |   | 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      |
| 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。<br>平成 年 月 日 〒 -<br>市町村 国民健康保険組合 長 組合員 世帯主住所<br>殿 後期高齢者医療広域連合 被保険者氏名 (印) 電話 |   |                   |                              |
| 支 払 機 関 欄               | 届 出 内 容 の と お り  |   |                   |                              |
| 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。<br>平成 年 月 日<br>世帯主 住所<br>組合員<br>被保険者 氏名 (印)<br>代理人 住所<br>氏名                   |   |                   |                              |
| 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                    |

記入上の注意

- 「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入してください。
- 初療の日から3か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、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示等がある場合にはその期間を「同意記録」欄に記入してください。