

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

機関コード

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--------------|--------------|----------------------|----------------|------------|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | | 特記事項 | 1 社国 2 公費 | 3 後高 4 退職 | 2 本外 4 三外 6 家外 | 8 高外9 0 高外8 | 給付割合 |
| 公費受給者番号 | | | | | | | | | | | | | | | 8 9 10 |
| 区市町村番号 | | | | | | | | | | | 種類 | 05 鍼灸 | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------|--------|---------------------------|------------|-----|------------------|------|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 欄 | ○被保険者証等の記号番号 | | | ○発病又は負傷年月日 | | | ○傷病名 | | | | |
| | | | | 年 月 日 | | | | | | | |
| | 療 養 を 受 け た 者 の 氏 名 | (フリガナ) | | | 続 柄 | ○発症又は負傷の原因及びその経過 | | | | | |
| | | 男・女 | | | | ○業務上・外、第三者行為の有無 | | | | | |
| 明・大・昭・平 年 月 日生 | | | 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|----------------------------|---|--|--|--|---|-----|-------|--|--|-------------|--|
| 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 | 円× 回= | | | | 円 | | | | | |
| | | きゅう | 円× 回= | | | | 円 | | | | | |
| | | はり・きゅう併用 | 円× 回= | | | | 円 | | | | | |
| | | 電療料 (1 電気針 2 電気温灸器 3 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 | | | | | |
| | 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 (1割・2割・3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。 | | | 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 施術所 所在地 | | | 名称 電話 | | | |
| | 登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号) 施術管理者 氏名 | | | ◎ | | | |

| | | | | | | |
|-------------|-------------------------------|--|--|--|--|--|
| 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 氏名 電話 | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-----------------------|--------|---------|-------|---------------|---------------|--|-------|-------|
| 支 払 機 関 欄 | 支払区分 | | 預金の種類 | | 金融機関名 | | | 銀行 本店 |
| | 1. 振 込 | 2. 銀行送金 | 1. 普通 | 2. 当座 | 京都中央信用 金庫 東五条 | | | 支店 |
| 口座名義 カタカナで記入 | | 口座番号 | | 0 1 5 1 0 3 3 | | | 郵便局 | |
| 3. 郵便局送金 | | 4. 当地払 | | 3. 通知 | | | 4. 別段 | |

| | | | | | | | |
|------------------|---------|--|-----|-------|--|-------|-------|
| 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 | | | |

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

申請者 住所 (被保険者) 氏名

代理人 住所 氏名 会長 森 岡 正 和

年 月 日 京都市上京区葎屋町通榎木町下ル直家町215-5 公益社団法人 京都府鍼灸師会 会長

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に記入してください。

※ 施術管理者及び申請者 (被保険者) の記名押印は署名でも差し支えありません。

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程 (平成30年6月12日保発0612第2号通知) に従い行われるものです。