

(被保険者・家族)療養費支給申請書

(はり・きゅう用)

(平成 年 月分)

機関コード

公費負担者番号
公費受給者番号
区市町村番号
受給者番号

特記事項
1 社国 3 後高 2 本外 8 高外9
2 公費 4 退職 4 三外 0 高外8
6 家外
給付割合
8 9 10
種類 05 鍼灸

被保険者氏名 (フリガナ)
性別
事業所
所在地
被保険者記号・番号

被保険者住所
郵便番号
(フリガナ)
(受取人情報) / (被保険者情報)
電話

療養が被扶養者に関するとき
被扶養者氏名
性別
生年月日
明 治 正 和 成
大 昭 平
被保険者との続柄
発病の原因及びその経過
業務上・外、第三者行為の有無

初療年月日
施術期間
実日数
入院入院外の別
発病又は負傷年月日

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
初検料
1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用
1. はり
2. きゅう
3. はり・きゅう併用
電療料
1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具
往療料
4 kmまで
4 km超
施術報告交付料(前回支給: 年 月分)
合計
一部負担金(1割・2割・3割)
請求額

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。
平成 年 月 日
はり師・きゅう師 住所
氏名
(印) 電話

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

申請欄
上記の療養に要した費用に関して、療養費(医療費)の支給を申請します。
平成 年 月 日
全国健康保険協会支部
健康保険組合
世帯主住所
組合員氏名
共済組合
被保険者氏名
市町村
国民健康保険組合
後期高齢者医療広域連合 長殿
(印)

支払機関欄
支払区分
1. 振込
預金の種類
1. 普通 2. 当座
金融機関コード
金融機関名
銀行
金庫
農協
本店
支店
出張所
口座番号
(口座名義人フリガナ)

委任欄
本請求に基づく療養費(医療費)の受領を下記代理人に委任します。
平成 年 月 日
世帯主住所
組合員被保険者受給者氏名
(印)
代理人住所
氏名
(印)

[記入上の注意] 1. 往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。

会員用

平成 年 月 日提出
交付日付印