# （被保険者・家族）療養費支給申請書

（平成　　年　　月分）

（はり・きゅう用）

機関コード

| 特記事項 | | 1 社国 3 後高 2 公費 4 退職 | 2 本外 4 三外 6 家外 8 高外9 0 高外8 |
|---|---|---|---|
| | 種類 | 05 鍼灸 | |

| 給付割合 | | |
|---|---|---|
| 8 | 9 | 10 |

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

| | |
|---|---|
| 保険者番号 | |
| ㋐ 被保険者記号・番号 | |

㋑ 被保険者氏名　（フリガナ）　男 女　㋒ 明・大・昭・平　年　月　日生

㋓ 事業所　名称　所在地

㋔ 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　㋕ 被扶養者氏名　男 女　㋖ 生年月日　明 大 昭 平 治 正 成　年　月　日生　㋗ 被保険者との続柄

㋘ 発病の原因及びその経過

㋙ 業務上・外、第三者行為の有無　1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他

㋚ 初療年月日　平成　年　月　日

㋛ 施術期間　自・平成　年　月　日～至・平成　年　月　日

㋜ 実日数　日

入院入院外の別　0：入院外 1：入院

発病又は負傷年月日

## 施術内容欄

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 | 円 |
| 1. はり | 円×　回＝ | 円 |
| 2. きゅう | 円×　回＝ | 円 |
| 3. 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 | 4 kmまで　円×　回＝ | 円 |
| 往療料 | 4 km 超　円×　回＝ | 円 |
| 施術報告交付料（前回支給：　年　月分） | | 円 |
| 合計 | | 円 |
| 一部負担金（1 割・2 割・3 割） | | 円 |
| 請求額 | | 円 |

請求区分　新規・継続　転帰　継続・治癒・中止・転医

摘要

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

平成　年　月　日　はり師・きゅう師　住所

施術者登録番号　　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 | 要加療期間 |
|---|---|---|---|---|
| | | 平成　年　月　日 | | |

## 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 共済組合 市町村 国民健康保険組合 後期高齢者医療広域連合　長殿

世帯主 組合員 被保険者 受給者　住所　氏名　㊞

## 支払機関欄

㋝ 支払区分 1. 振込

預金の種類　①普通　2. 当座

金融機関名　京都中央信用　○銀行 金庫 農協　東五条　本店 支店 出張所

金融機関コード

口座番号　0151033

口座名義人　公益社団法人　京都府鍼灸師会会長

（口座名義人フリガナ）　コウエキシャダンホウジンキョウトフシンキュウシカイチョウ

会員用

## 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 組合員 被保険者 受給者　住所　氏名　㊞

代理人　住所　京都市上京区葭屋町通椹木町下ル直家町215-5

氏名　公益社団法人　京都府鍼灸師会会長　森岡正和　㊞

平成　年　月　日提出

受付日付印

［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。