

療養費支給申請書(年 月分)(はり・きゅう用)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|---|--------------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------------|---|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 欄 | ○被保険者等 記号・番号 | | | | | | | | | | ○発病又は負傷年月日 | | | | | | | | | | ○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | — | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ○個人番号 (マイナンバー) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 【注意】「記号・番号」を記入した場合は、被保険者の個人番号(マイナンバー)を記入する必要はありません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 療 養 を 受 け た 者 の 氏 名 | (フリガナ) | | | | | | | | | | 続 柄 | | | | | | | | | | ○業務上・外、第三者行為の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | | | | | | | | (1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 昭・平・令 年 月 日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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・令和 年 月 日～至・令和 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 | | | | | | | | | | 転 帰 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 () | | | | | | | | | | 継続・治癒・中止・転医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 初 検 料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | 摘 要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 施 術 料 | はり・きゅう | | | | | | | | | | 施術の種類 | | | | | | | | | | 1 術 回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 術 回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 通所 | | | | | | | | | | 円× | | | | | | | | | | 回＝ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 訪問施術料 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円× | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 回＝ | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | |
| | | 訪問施術料 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円× | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 回＝ | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | |
| | | 訪問施術料 3 (3人～9人) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円× | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 回＝ | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | |
| | 訪問施術料 3 (10人以上) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円× | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 回＝ | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | |
| | 電療料 (加算／ 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円× | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 回＝ | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | |
| | 特 別 地 域 (加 算) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円× | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 回＝ | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | |
| | 往 療 料 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円× | | | | | | | | | | 回＝ | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円× | | | | | | | | | | 回＝ | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 費 用 額 計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術日 訪問1① | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通所○ 訪問2② | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 往療◎ 訪問3③ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○往療又は訪問の理由 (1. 徒歩による公共交通機関を使っの外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 3. その他 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 免許登録番号 | | | | | | | | | | はり 師 | | | | | | | | | | 住 所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申 請 欄 | 免許登録番号 | | | | | | | | | | きゅう 師 | | | | | | | | | | 氏 名 | | | | | | | | | | 電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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。 | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | 申請者 (被保険者) | | | | | | | | | | 住所 | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支 払 機 関 欄 | <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 金融機関名 | | | | | | | | | | 支店名 | | | | | | | | | | 預金種別 | | | | | | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | 口座名義 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | (フリガナ) | | | | | | | | | | 普通 当座 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (フリガナ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 通知 別段 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 住所 | | | | | | | | | | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (被保険者) 氏名 | | | | | | | | | | 代理人 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※ 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。

◎添付書類

受付年月日

- 領収書(全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるもの)
- 同意書(初回、再同意(6か月毎))
- 施術報告書の写し(該当する場合のみ)
- 往療状況確認表(該当する場合のみ)
- 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(該当する場合のみ)