

| | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|-------|------|-----|---|
| 支給額 | | | | | 支払年月日 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
| | | | | | 年 月 日 | | | |

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書（はり・きゅう用）

下記の通り、療養費の支給を申請します。

提出日 令和 元年 7月 31日

| | | | | | | |
|-----------------------|----------------------------|---|-------------------------------|----------------|--------|------|
| 被 保 険 者 欄 | 被保険者証の 記号番号 | 記号 1000 | 被保険者の (申請者) 氏名と 生年月日 | 宝 凛太郎 印 | | |
| | | 番号 9999 | | 昭平令 50年 8月 10日 | | |
| | 事業所名 所在地 | 宝酒造株式会社 本社 | | | | |
| | 申請が被扶養 者に関するも のであるとき | 氏 名 宝 凛子 | 生 年 月 日 昭平令 50年 10月 10日 | 続 柄 妻 | | |
| | 医師の同意を 受けた傷病名 | 神経痛 | 発病又負傷の 原因及びその経過 | | | |
| | 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 | | 治療に要した費用 | 5000 円 | |
| | 振 込 先 口座 | 銀行名 | 預金種目 | 普通 当座 | 支店名 | 口座番号 |
| | | ※任意継続被 保険者又は資格喪 失者のみ記入 | 口座名義 | 漢字 | カタカナ | |
| | 委任 状 | 私は 〇〇〇〇を代理人と定め令和 〇年 〇月 〇日に請求した療養費、金 〇円也の受領を委任します。 本人 住所 京都市下京区〇〇町1-2-3 氏名 宝 凛太郎 印 代理人 住所 氏名 印 | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------|-------------|---|------------------------|------------|---------------------------------|
| 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. 頰腕症候群 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 |
| | | ※施術管理者以外が施術した場合に記入 | | | |
| | 施 術 料 | はり | 円× 回= | 円 | 施術者氏名 _____ 施術日 ____年 月 日 |
| | | 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 | | ※往療を必要とした場合に記入 |
| | 往 療 料 | 4kmまで | 円× 回= 円 | | |
| | 往 療 料 | 4km超 | 円× 回= 円 | | |
| | 往療日 | ____年 月 日 | | | |
| | 往療理由 | ____年 月 日 | | | |
| | 費用 額 計 | 円× 回= 円 | | 往療を必要とした理由 | |
| | 施術日 | 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○ | | | | |
| | 往療◎ | 月 | | | |

| | | | | |
|-----------------------|--------------------------|---------|-------------------------|----------|
| 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。 | 保険所登録区分 | 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地 | |
| | 年 月 日 | 所在地 | _____ | |
| | はり師免許登録番号 _____ | 施術所名 | _____ | |
| | きゅう師免許登録番号 _____ | 施術管理者名 | 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 |
| | 知心剣 一郎 | 京都市伏見区××町9-8 | 令和 元年 5月 10日 | 神経痛 | |

<記入に当たっての注意事項>

- ・ 申請書は月単位で作成してください。
- ・ 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
- ・ 当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書(原本)を必ず添付してください。

<その他添付書類(該当する場合)>

- 医師の同意書(原本) 施術報告書(写し) 往療状況確認表 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書