

療 養 費 支 給 申 請 書 (年 月 分) (はり ・ きゅう 用)

被 保 険 者 欄	○被保険者資格の記号番号		○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																														
	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 (施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合記載)																														
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 ・ 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																											
	初検料 (1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用)					円	継続・治癒・中止・転医																										
	施 術 料	はり・きゅう		施術の種類	1 術 回	2 術 回	摘 要																										
		通所		円 ×	回 =	円																											
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円 × 0.5 ×	回 =	円																											
		訪問施術料 1		円 ×	回 =	円																											
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円 × 0.5 ×	回 =	円																											
		訪問施術料 2		円 ×	回 =	円																											
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円 × 0.5 ×	回 =	円																											
		訪問施術料 3 (3人～9人)		円 ×	回 =	円																											
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円 × 0.5 ×	回 =	円																											
		訪問施術料 4 (10人～19人)		円 ×	回 =	円																											
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円 × 0.5 ×	回 =	円																											
		訪問施術料 5 (20人以上)		円 ×	回 =	円																											
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円 × 0.5 ×	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																											
		(月16回以降の施術における加算に係る50%減)		円 × 0.5 ×	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																												
	明 細 書 発 行 加 算		円 ×	回 =	円																												
費 用 額 計		円																															
※集中率90%以上の施設等入居者 (80%減対象) 【該当の場合○】		円																															
施術日	訪問 1 ①	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 2 ②																																
往療	訪問 3 ③																																
	訪問 4 ④																																
	訪問 5 ⑤																																
○往療又は訪問の理由 (1. 徒歩による公共交通機関を使っての外出困難 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																												
	年 月 日		〒		—																												
申 請 欄	免許登録番号		はり 師		住 所																												
	免許登録番号		きゅう 師		氏 名 電話																												
支 払 機 関 欄	金融機関名		銀行 支店名		本店 支店 出張所																												
	口座名義 カタカナで記入		金庫 農協		預金種別 1. 普通 2. 当座 3. その他 ()																												
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意 年 月 日																												
					年 月 日																												
委 任 欄	給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(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。 ただし、代理人は被保険者(申請者)の被扶養者に限ります。施術者及びその関係する法人等への委任はできません。		年 月 日		申請者(被保険者)との関係 ()																												
	申請者 住所 (被保険者) 氏名		代理人 住所 氏名		氏名																												

◎ 添付書類

1. 領収書 (患者氏名、施術日、施術者氏名、施術費用、但し書き (例: はり・きゅう施術代) の記載と領収印の押印が必要)
2. 同意書
- 注: 同意書は、初療日が月の15日以前の場合は当該月の5ヶ月後の月の末日、月の16日以降の場合は当該月の6ヶ月後の末日まで有効。
なお、有効期間内における2回目以降の請求では省略可。(再同意書では初療日を医師の再同意日と読み替える)
3. 施術報告書の写し (該当する場合のみ)
4. 往療状況確認表 (該当する場合のみ)
5. 1年以上・月16回以上施術継続理由・状況記入書 (該当する場合のみ)
6. 訪問施術総括表 (該当する場合のみ)

受付年月日