

## 療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

|                                                                                  |                                 |                                       |                                                                                     |       |                                |       |             |       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------|-------|-------------|-------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄                                                            | ○被保険者証等の記号番号                    |                                       | ○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<br>受 け た 者<br>の 氏 名       | (フリガナ)                                |                                                                                     | 続 柄   | ○業務上・外、第三者行為の有無                |       |             |       |  |
|                                                                                  |                                 | 男<br>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、保険証等住所地と異なる場合に記載） |                                                                                     |       |                                |       |             |       |  |
| 施<br>術<br>内<br>容<br>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                                                      |       |                                |       | 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 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用        |                                       | 円                                                                                   |       |                                |       | 摘 要         |       |  |
|                                                                                  | 施<br>術<br>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                                                                         |                                 | 月                                     |                                                                                     |       |                                |       |             |       |  |
| 往療◎ 訪問3③                                                                         |                                 |                                       |                                                                                     |       |                                |       |             |       |  |
| ○往療又は訪問の理由（ 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ( ) ) |                                 |                                       |                                                                                     |       |                                |       |             |       |  |
| 施<br>術<br>証<br>明<br>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<br>請<br>欄                                                                      | 免許登録番号                          |                                       | は り 師                                                                               |       | 住 所                            |       |             |       |  |
|                                                                                  | 免許登録番号                          |                                       | き ्यू 師                                                                             |       | 氏 名 電話                         |       |             |       |  |
| 支<br>払<br>機<br>関<br>欄                                                            | 金融機関名                           |                                       | 銀行 金庫 農協                                                                            |       | 本店 支店 出張所                      |       |             |       |  |
|                                                                                  | 口 座 名 義<br>カタカナで記入              |                                       | 口座番号                                                                                |       | 1. 普通 2. 当座 3. その他 ( )         |       |             |       |  |
| 同<br>意<br>記<br>録                                                                 | 同意医師の氏名                         |                                       | 住 所                                                                                 |       | 同 意 年 月 日                      |       |             |       |  |
|                                                                                  |                                 |                                       |                                                                                     |       | 年 月 日                          |       |             |       |  |

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。**

|             |                                           |  |
|-------------|-------------------------------------------|--|
| 委<br>任<br>欄 | 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。              |  |
|             | 年 月 日                                     |  |
|             | 申請者(被保険者)との関係 ( )                         |  |
|             | 申請者 住所<br>(被保険者) 氏名 代理人 住所<br>氏名 電話<br>氏名 |  |

- ◎ 添付書類
- 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)
  - 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)
- 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・状況記入書(該当する場合のみ)

受付年月日