

別添 1 (別紙 4)

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名			
					年 月 日							
	(フリガナ)				続 柄				○発症又は負傷の原因及びその経過			
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名				男 女				○業務上・外、第三者行為の有無			
明・大・昭・平 年 月 日生								1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他				
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日				施 術 期 間				実 日 数			
	平成 年 月 日				自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日				日			
	傷病名				1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩				請 求 区 分			
					5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()				新 規 ・ 継 続			
	初 検 料								円			
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用											
	施 術				円 × 回 = 円							
	はり				円 × 回 = 円							
	きゅう				円 × 回 = 円							
	はり・きゅう併用				円 × 回 = 円							
電療料				円 × 回 = 円								
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具												
往 療 料				円 × 回 = 円								
4 km まで				円 × 回 = 円								
往 療 料				円 × 回 = 円								
4 km 超												
費 用 額 計				円								
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◎												
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				住 所							
	免許登録番号 _____ はり師				氏 名				☎ 電 話			
免許登録番号 _____ きゅう師												
申 請 欄	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。				〒 _____							
	平成 年 月 日				申請者 住 所							
殿 (被保険者)				氏 名				☎ 電 話				
支 払 機 関 欄	支払区分				預金の種類				金融機関名			
	1. 振 込 2. 銀行送金				1. 普通 2. 当座				銀行 本店			
	3. 郵便局送金 4. 当地払				3. 通知 4. 別段				金庫 支店			
☐ 座名義カタカナで記入				口座番号				農協 出張所				
								郵便局				
同 意 記 録	同意医師の氏名				住 所				同意年月日			
									平成 年 月 日			
								傷 病 名				
								要加療期間				

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。 平成 年 月 日

申請者 住所 _____

(被保険者) 氏名 _____ ☎ _____

住所 _____

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。

別添2 (別紙4)

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号				○発病又は負傷年月日			○傷病名				
					年 月 日							
	(フリガナ)				続 柄			○発症又は負傷の原因及びその経過				
療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	男 ・ 女				○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				
	明・大・昭・平 年 月 日生											
施 術 内 容 欄	初療年月日		施 術 期 間				実 日 数		請 求 区 分			
	平成 年 月 日		自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日				日		新 規 ・ 継 続			
	傷 病 名 又 は 症 状								転 帰			
									継続・治癒・中止・転医			
	マ ッ サ ー ジ		軀 幹	円×		回=	円	摘 要				
			右 上 肢	円×		回=	円					
			左 上 肢	円×		回=	円					
			右 下 肢	円×		回=	円					
			左 下 肢	円×		回=	円					
	変 形 徒 手 矯 正 術			円×	肢×	回=	円					
温 罨 法			円×		回=	円						
温罨法・電気光線器具			円×		回=	円						
往療料 <u>4km</u> まで			円×		回=	円						
<u>往療料</u> <u>4km</u> 超			円×		回=	円						
合 計							円					
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 免許登録番号 あん摩マッサージ指圧師 氏名				住 所		☎ 電 話					
申 請 欄	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。				平成 年 月 日		〒 -					
	申請者 (被保険者) 殿				住 所		☎ 電 話					
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		銀行 本店					
	1. 振 込	2. 銀行送金	1. 普通	2. 当座			金庫 支店					
		3. 郵便局送金	4. 当地払	3. 通知	4. 別段			農協 出張所				
☐ 座 名 義 カタカナで記入				☐ 座 番 号				郵便局				
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							

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。 平成 年 月 日	
申請者 (被保険者)	住所 氏名 ☎
代理人	住所 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。