

後期高齢者医療療養費支給申請書

( 年 月分) (はり・きゅう用)

施術機関コード

給付割合	
9割	7割

保険者番号	3 9 1 6			
被保険者番号	0			
療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	業務上・外、第三者行為の有無		
	1 男	1 業務上 2 第三者行為である 3 その他( )		
	2 女	発症又は負傷の原因及びその経過		
	明・大・昭	年 月 日生		
施 術 内 容 欄	初療年月日	年 月 日	施術期間	
		年 月 日	自・ 年 月 日～至・ 年 月 日	
	実日数	日	発病又は負傷年月日	
		年 月 日	年 月 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	(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)	円	転 帰
				継続・治癒・中止・転医
	施術料	はり	円× 回=	円
		きゅう	円× 回=	円
		はり、きゅう併用	円× 回=	円
		電療料(1電気はり 2電気温灸器 3電気光線器具)	円× 回=	円
		往療料 4kmまで	円× 回=	円
		往療料 4km超	円× 回=	円
		摘要		
	施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)	円		
	合 計	円		
	一部負担金(1割・3割)	円		
	請 求 額	円		
施術日	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	
	年 月 日	住所	1 施術所所在地 2 出張専門施術師住所地	
	免許登録番号	はり師 名称		
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。			
	年 月 日	申請者住所	電話	
支 払 機 関 欄	支払区分	預金の種類	口座番号	
	1 振 込	1 普 通 2 当 座	金融機関コード	
	口座名義 (カタカナで記入)		金融機関名	
同 意 記 録 欄			銀 行 金 庫 農 協 組 合	
			本 店 支 店 出 張 所	
	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	
			傷 病 名	
		年 月 日	要加療期間	

委 任 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 住所 (被保険者) 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。