

☐ 被保険者 ☐ 被扶養者 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  | 記号・番号                                                                                      | —                |                     | 事業所（会社名） |            |                                    |          | 氏名No. |  |  |
|                        | 被保険者氏名                                                                                     |                  |                     | 所 属      |            |                                    |          |       |  |  |
|                        | 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                                                                  | (7桁ナ)            |                     |          | 続 柄        | 業務上・外、第三者行為の有無                     |          |       |  |  |
|                        |                                                                                            |                  |                     |          |            | □業務上 □第三者行為 □どちらも該当しない □その他（ ）     |          |       |  |  |
|                        |                                                                                            | 明・大・昭・平・令 年 月 日生 |                     |          |            | 施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載） |          |       |  |  |
|                        | 上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を請求します。                                                              |                  |                     |          |            |                                    |          |       |  |  |
|                        | 〒 —<br>令和 年 月 日 申請者 住所<br>(被保険者) 氏名（戸籍名） 電話                                                |                  |                     |          |            |                                    |          |       |  |  |
|                        | 本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。（任意継続被保険者・退職者の方は当欄への記入は不要、従業員の方は必ず記入してください）<br>令和 年 月 日 氏名（戸籍名） |                  |                     |          |            |                                    |          |       |  |  |
| 振込先<br>※任継・退職者<br>のみ記入 |                                                                                            |                  | 銀行                  | 支店       | 口座番号<br>普通 |                                    | 口座名義（カナ） |       |  |  |

|                                                                      |                                 |                      |                                                               |          |           |   |       |   |           |   |         |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------|----------|-----------|---|-------|---|-----------|---|---------|----|-----------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 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・令和 年 月 日～至・令和 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<br>5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他（ ） |          |           |   |       |   |           |   |         |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                      | 初 検 料                           |                      | 円                                                             |          |           |   |       |   |           |   |         |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                      | 施<br>術<br>料                     | 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用 |                                                               | 円        |           |   |       |   |           |   |         |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                      |                                 | 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                            |                      |                                                               |          |           |   |       |   |           |   |         |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 往療◎                                                                  | 訪問3③                            |                      |                                                               |          |           |   |       |   |           |   |         |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 往療又は訪問の理由 □独歩による公共交通機関を使ての外出困難 □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 □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 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                      | 令和 年 月 日 〒 —                    |                      |                                                               |          |           |   |       |   |           |   |         |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                      | 免許登録番号 はり師 住 所                  |                      |                                                               |          |           |   |       |   |           |   |         |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 同<br>意<br>記<br>録                                                     | 免許登録番号 きゅう師 氏 名 電話              |                      |                                                               |          |           |   |       |   |           |   |         |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                      | 同意医師の氏名                         |                      | 住 所                                                           |          | 同 意 年 月 日 |   | 傷 病 名 |   | 要加療期間     |   |         |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                      |                                 |                      |                                                               | 令和 年 月 日 |           |   |       |   |           |   |         |    |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

【注意事項】申請書は暦月を単位として作成してください。

【添付書類】□領収書（原本）：全額自己負担額の記載、受療者氏名、施術日、領収印があるもの

【その他添付資料（該当する場合）】

□医師の同意書（原本）：初回受療時および前回の同意から6か月が経過する毎に必要となります。

□施術報告書（写し）：施術報告書交付料の申請を行う場合

□1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書