

支給決定額 \_\_\_\_\_ 円

療養費支給申請書（本人・家族）

はり・きゅう用

被 保 険 者 記 入 欄	○被保険者証等の記号番号 ※1		○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																																																																	
	記号	番号	令和6年 9月 1日		腰痛症、荷物を継続して持ち発症。現在治療中																																																																	
	8	1234																																																																				
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ		続柄	○業務上・外、第三者行為の有無 無し																																																																	
		健保 太郎 男		本人	(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ( ))																																																																	
振込先	伊予 銀行 金庫 農協	本店 三島 支店	預金種別	口座番号			口座名義(カナ)																																																															
			1. 普通 2. 当座	1	2	3	4	5	6	7	ケンポ タロウ																																																											
委任の場合	(被保険者との関係) _____ を代理人として上記金額の受取方を委任します。																																																																					
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。														〒799-0403																																																								
令和 6年 11月 5日														申請者 (被保険者) 住所 愛媛県四国中央市三島朝日12-34 氏名 健保 太郎 電話 0896-12-3456																																																								
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・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		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 術 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																																																																
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 ( 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 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																																																						
	令和 年 月 日														〒	-																																																						
	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																																																						
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													
																													令和 年 月 日																																									

※ 記号番号が不明な場合は、国のマイナポータルより確認してください。

【添付書類】 「施術に要した費用の領収書」 原本 (自費診療とわかるもの、宛名は受診者氏名、領収印があるもの)  
「医師の同意書」 原本 (同意内容について医師に照会することがあります。)

- 1年以上・月16回以上施術を継続している場合は、「施術継続理由・状況記入書」の提出も必要になります。
- 初療の日から6ヶ月を過ぎ、さらに施術を受けるときは、「医師の同意書」を添付する。
- 初回の申請の場合は、医師の同意書を添付すること。
- 病院等で治療中の同一傷病の療養費支給申請はできません。
- 暦月ごとに、この申請書を記入してください。
- 記載した数字等を訂正する場合は、訂正箇所二重線を引き、訂正印を押印すること。