協会けんぽ・国保・後期高齢者 共済・組合 （被保険者・家族） 療養費支給申請書

平成　年　月分 （はりきゅう用）

会員機関番号							

2 本　人
4 6歳未満
6 家　族
8 高齢8・9
0 高　齢 7

特記事項		種類	05 鍼灸

公費負担者番号		保険者番号	
公費受給者番号			
区市町村番号			
受給者番号		㋐ 被保険者記号・番号	

㋑ 被保険者氏名	（フリガナ） 男 女 ㋒ 明・大・昭・平　年　月　日生	㋓ 事業所	名称	
			所在地	
㋔ 被保険者住所	郵便番号　－ （受取人情報）／（被保険者情報）	（フリガナ） 電話		
療養が被扶養者に関するとき	㋕ 被扶養者氏名　男 女	㋖ 生年月日	明 治 大 正 昭 和 平 成　年　月　日生	㋗ 被保険者との続柄
㋘ 発病の原因及びその経過				㋙ 業務上・外、第三者行為の有無

㋚ 初療年月日	㋛ 施術期間	㋜ 実日数	入院入院外の別	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他
平成　年　月　日	自・平成　年　月　日～至・平成　年　月　日	日	0：入院外 1：入　院	発病又は負傷年月日

施術内容欄

傷病名　1. 神経痛　2. リウマチ　3. 頸腕症候群　4. 五十肩　5. 腰痛症　6. 頸椎捻挫後遺症　7. その他（　　）付記（　　）

初検料	1. はり　2. きゅう　3. はり・きゅう併用	円	
1. はり		円×　回＝	円
2. きゅう		円×　回＝	円
3. はり・きゅう併用		円×　回＝	円
電療料	1. 電気針　2. 電気温灸器　3. 電気光線器具	円×　回＝	円
往療料	2 kmまで	円×　回＝	円
加算	（　km）	円×　回＝	円
合計			円
一部負担金（1 割・2 割・3 割）			円
請求額			円

請求区分
新規・継続
転帰
継続・治癒・中止・転医
摘要

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　はり師・きゅう師　住所

氏名　印　電話

施術者登録番号

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		

申請欄

上記の療養に要した費用に関して、療養費（医療費）の支給を申請します。

平成　年　月　日　全国健康保険協会支部 健康保険組合 共済組合 市町村 国民健康保険組合 後期高齢者医療広域連合　長殿

世帯主 組合員 被保険者 受給者　住所

氏名　印

支払機関欄

㋝ 支払区分 1. 振込	預金の種類 1. 普通　2. 当座	金融機関名	銀行 金庫 農協　本店 支店 出張所	
金融機関コード		口座番号		
口座名義人		（口座名義人フリガナ）		

委任欄

本請求に基づく療養費（医療費）の受領を下記代理人に委任します。

平成　年　月　日

世帯主 組合員 被保険者 受給者　住所

氏名　印

代理人　住所

氏名　印

平成　年　月　日提出

受付日付印

［記入上の注意］ 1. 往療を要した場合は，摘要欄にその理由を記入してください。
2. 再同意書については，実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付を必要としません。この場合には同意をした医師の氏名，住所，同意年月日，傷病名，要加療期間の掲示がある場合にはその期間を[同意記録欄]に記入してください。

公益社団法人 福岡県鍼灸マッサージ師会 会員用