

給付支給決定並びに支給伺い				同 年 月 日
常務理事	事務長	担当者	支給額	決 裁 年 月 日
				取 得 年 月 日
				喪 失 年 月 日
				円

## 療養費支給申請書(はり・きゅう用)

※【依頼事項】被保険者記号・番号はマイナポータルもしくは資格確認証で確認してください。 令和 年 月 日

被保険者欄	被保険者	記号	番号	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																														
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	業務上・外、第三者行為の有無																														
		男・女		1.業務上 2.第三者行為 3.その他( )																														
		昭・平・令	年 月 日生	施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)																														
施術内容欄	初療年月日	施術期間			実日数	請求区分																												
	平・令 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 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他( )				転 帰																												
	初検料	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用			円	継続・治癒・中止・転医																												
	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																												
		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	月																																
	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																													
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。			〒																														
	令和 年 月 日	申請者(被保険者)			住所 氏名 電話																													
支払機関欄	支払区分	1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払		預金の種類	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所																									
	口座名義	カタカナで記入		口座番号					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																											
				令和 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。 令和 年 月 日																																		
申請者(被保険者) 住所 氏名					代理人 住所 氏名																													

<注意事項>  
訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。  
医療機関との併用など審査を行うため、支給の決定は施術月により3ヶ月以上かかることがあります。 受付日付印

<添付書類>  
□「領収書」原本  
□その他添付書類(該当する場合は、厚生労働省のホームページに掲載されている様式をご利用ください) >  
□「医師の同意書」原本(初回及び半年おき提出)  
□「施術同意書」写し(6ヶ月更新のため「医師の同意書」と併せて提出)  
□「往療状況確認表」原本  
□「1年以上かつ月16回以上施術継続理由・状態記入書」原本