

療 養 費 支 給 申 請 書 (年 月分) (はり・きゅう用)

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																																									
															続 柄							○業務上・外、第三者行為の有無																											
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名		(フリガナ)														(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																																
			男・女														○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）																																
		明・大・昭・平・令 年 月 日生																																															
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 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()							転 帰																																									
								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																																								
		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		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														
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っての外出困難 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 〃 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 住所 (被保険者) 氏名 電話 万代健康保険組合理事長 殿																																		
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 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。