

(被保険者・家族)療養費支給申請書

(はり・きゅう用)

(平成 年 月分)

機関コード

公費負担者番号										特記事項										1 社国 3 後高 2 本外 8 高外9 2 公費 4 退職 6 家外 0 高外8 種類 05 鍼灸										給付割合 7 8 9		
公費受給者番号										保険者番号																						
区市町村番号										被保険者記号・番号																						
受給者番号																																
被保険者氏名										フリガナ										事業所												
被保険者住所										郵便番号										フリガナ												
療養が被扶養者に関するとき										被扶養者氏名										生年月日												
発病の原因及びその経過										不詳										業務上・外、第三者行為の有無												
初療年月日										施術期間										実日数												
平成 年 月 日										自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日										入院入院外の別												
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 ()										請求区分												
初検料										1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用										円												
1. はり										1,300円× 回＝										円												
2. きゅう										1,300円× 回＝										円												
3. はり・きゅう併用										1,520円× 回＝										円												
電療料										1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具										30円× 回＝												
往療料										2 kmまで										1,800円× 回＝												
加算										(km)										円× 回＝												
合計																				円												
一部負担金 (1 割・2 割・3 割)																				円												
請求額																				円												
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																						
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												
施術者登録番号																				電話												
同意医師の氏名										住所										同意年月日												
																				平成 年 月 日												
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										世帯主住所												
										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										組合員被保険者受給者氏名												
支払区分										預金の種類										金融機関名												
1. 振込										1. 普通 2. 当座										銀行 金庫 農協												
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)												
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										世帯主住所												
																				組合員被保険者受給者氏名												
代理人住所																				氏名												
																				氏名												

[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。

公益社団法人岡山県鍼灸師会 会員用