

(はり・きゅう用)

療養費支給申請書 (平成 年 月)

鍼灸 7 支払区分

被保険者番号												保険者番号		3	9	4	5				
療養を受けた者の氏名	(フリガナ)										性別	続柄	発病又は負傷年月日		年		月		日		
													発病又は負傷の原因及びその経過		第三者行為の有無						
生年月日	明	大	昭				年			月			日			はい・いいえ					
初療年月日		平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日										施術期間		平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		～	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	実日数	請求区分		
傷病名		神経痛	リウマチ	頸腕症候群	五十肩	腰痛症	頸椎捻挫後遺症	その他 (傷病名を記載)													
初検料	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用										円	転帰	治癒		中止						
施術内容欄	施術料	はり	円 × 回 =										円	【摘要】							
		きゅう	円 × 回 =										円								
		はり・きゅう併用	円 × 回 =										円								
		電療料	電気針	円 × 回 =												円					
電気温灸器	円 × 回 =										円										
電気光線器具											円										
往療料 (別紙「往療内訳書」のとおり)												円									
合計												円	介護認定なし								
一部負担金												円	要支援								
請求額												円	要介護								
施術日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16				
通院○ 往療◎		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。																				
	平成	年	月	日	住所																
					はり師、きゅう師																
	施術者番号				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 (医療費) の支給を申請し、その金額の受領を代理人に委任します。																				
	平成	年	月	日	住所																
					被保険者 (申請者) 氏名 ㊟																
	宮崎県後期高齢者医療広域連合長 様				電話																
支払機関欄	預金種別											金融機関名									
	口座番号											口座名義人									
受取代理人欄	代理人の氏名と印											印 ㊟									
	代理人の住所																				
同意記録	同意医師	住所										氏名									
	同意年月日	平成		年		月		日	傷病名												
	要加療期間 (指示のあった場合)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日																			

※電算

※の部分には何も記入しないでください。