

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	天	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						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 ×		回 =		円															
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月 施術分)		円 ×		回 =		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		割		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										名称										
	はり師、きゅう師										氏名											
	施術者番号										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										氏名										
	被保険者 (申請者)										電話											
	宮崎県後期高齢者医療広域連合長 様																					
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										備考欄										
	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																	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。