

(はり・きゅう)

後期高齢者医療療養費支給申請書

( 年 月分)

給付割合	
7	9

保険者番号		個人番号			
被保険者番号		カナ			
性別	男・女	被保険者氏名			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日				
発病又は負傷の原因及びその経過					
施 術 内 容 欄	初療年月日	今回施術期間		施術実日数	業務上・外、第三者行為の有無
	年 月 日	自 年 月 日	至 年 月 日	日	1業務上 2第三者行為である 3その他
	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 ( )			発病又は負傷年月日
	初検料	円			請求区分
	1. はり 2. きゅう 3. はりきゅう併用				新規・継続
	はり	円×	回=	円	転帰
	きゅう	円×	回=	円	継続・治癒・中止・転医
	はり・きゅう併用	円×	回=	円	摘 要 (往療・施術理由等)
	電療料	円×	回=	円	
	1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具				
	往療料 4 kmまで	円×	回=	円	
	往療料 4 km超	円×	回=	円	
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円×	回=	円		
合計金額	円				
一部負担金 (1割・3割)	円				
請求金額	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			
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	
	年 月 日	円	住所	氏名	印 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) の支給を申請します。				
	年 月 日	円	住所	氏名	印 電話
支 払 機 関 欄	支払区分	預金の種類	金融機関名	銀行	本店
	1. 振込	1. 普通 2. 当座	金融機関番号	信用金庫 農協	支店 出張所
口座名義人 カタカナで記入		口座番号			
委 任 欄	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。				
	年 月 日	被保険者	住所 氏名	印	
		代理人	住所 氏名	印	電話
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
再 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