

(被保険者・家族)療養費 支給申請書

(はり・きゆう用)

(平成 年 月分)

機関コード

公費負担者番号		公費受給者番号		区市町村番号		受給者番号		特記事項		1 社国 3 後高 2 公費 4 退職		2 本外 8 高外 9 4 三外 0 高外 8 6 家外		給付割合 8 9 10	
								種類 05 鍼灸							
被保険者番号								被保険者記号・番号							
被保険者氏名		(フリガナ)		男・女		事業所		名称		所在地					
被保険者の住所		郵便番号		(フリガナ)		電話 ()									
療養が被扶養者に関するとき		被扶養者氏名		男・女		生年月日		明大 治正和成 大 大 平		年 月 日生		被保険者との続柄			
発病の原因及びその経過														業務上・外、第三者行為の有無	
初療年月日		施 術 期 間		実日数		入院入院外の別		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他						発病又は負傷年月日	
平成 年 月 日		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		日		0:入院外 1:入院								年 月 日	
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 新 規 ・ 継 続	
初検料		1. はり 2. きゆう 3. はり・きゆう併用		円										転 帰	
1. はり		円 × 回 =		円										継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医	
2. きゆう		円 × 回 =		円										摘 要	
3. はり・きゆう 併用		円 × 回 =		円											
電療料		1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具		円 × 回 =		円									
往 療 料		2kmまで		円 × 回 =		円									
加算 (km)		円 × 回 =		円											
合 計				円											
一部負担金 (割)				円											
請 求 額				円											
施術日 通院○ 往診◎		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. 出張専門施術者所在地									
		平成 年 月 日 はり師・きゆう師 住 所													
		施術者登録番号		氏 名		☎ 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					
						平成 年 月 日									
申請者		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 〒 組合員 被保険者 氏名		☎ 電 話							
支払機関		支払区分 1. 振込 2. 当座		預金種類 (普通)		金融機関名 三井住友		銀行 高田馬場 本店 出張所		金融機関コード 0009-273		口座番号 4113660		口座名義人 公益社団法人 日本あん摩マッサージ指圧師会健保口 (口座名義フリガナ) コウエキシャダンホクジンニホンアンマッサージアツシカイ ケンボクチ	
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いたします。		平成 年 月 日		世帯主 住所 組合員 氏名 被保険者 受給者		☎		平成 年 月 日提出		受付日付印		公益社団法人 日本あん摩マッサージ指圧師会 会員用	
		代理人 住 所 〒169-8664 東京都新宿区西早稲田2-18-2 日本盲人福祉センター内		氏 名 (公社)日本あん摩マッサージ指圧師会 会長 安田 和正 ☎											

(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、要加療期間の提示がある場合にはその期間を[同意記録欄]に記入してしてください。