

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

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 高外一 4 六外 0 高外7 6 家外	給付割合					
公費受給者番号										2 公費 4 退職		8 9 10					
区市町村番号										種類	05 鍼灸						
受給者番号									保険者番号								

被 保 険 者 欄	○被保険者等番号・番号										○発病又は負傷年月日										○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																													
											年 月 日																																							
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名										(フリガナ)										続 柄					○業務上・外、第三者行為の有無																								
											男 ・ 女															(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																								
																										○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)																								
										昭・平・令 年 月 日生																																								
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日										施 術 期 間															実日数					請 求 区 分																			
	() 年 月 日										自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日															日					新 規 ・ 継 続																			
	傷病名										1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩															転 帰																								
											5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()															継続・治癒・中止・転医																								
	初検料 (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)										円																				摘 要																			
	施 術 料	はり・きゅう										施術の種類					1 術 回					2 術 回																												
		通 所										円× 回＝ 円																																						
		訪問施術料 1										円× 回＝ 円																																						
		訪問施術料 2										円× 回＝ 円																																						
		訪問施術料 3 (3人～9人)										円× 回＝ 円																																						
		訪問施術料 3 (10人以上)										円× 回＝ 円																																						
	電療料 (加算/ 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)										円× 回＝ 円																																							
	特 別 地 域 (加 算)										円× 回＝ 円																																							
	往 療 料										円× 回＝ 円																																							
	施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)										円× 回＝ 円																																							
合 計										円																																								
一部負担金 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)										円																																								
請 求 額										円																																								
施術日 訪問 1 ㊟ 通所 〇 訪問 2 ㊞ 往療 ㊟ 訪問 3 ㊟										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																																								
〇往療又は訪問の理由 (1. 徒歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 3. その他 ())																																																		
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																								
	令和 年 月 日										施 術 所										所在地					名 称																								
申 請 欄	令和 年 月 日										申請者										住所					電話																								
	野村證券健康保険組合理事長 殿										(被保険者)										氏 名																													
支 払 機 関 欄	支払区分										預金の種類										金融機関名										銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所																			
	1. 振 込 2. 銀 行 送 金 3. 郵 便 局 送 金 4. 当 地 払										1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段																																							
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									
																					令和 年 月 日																													

- ・「**施術内容欄**」及び「**施術証明欄**」は、**施術管理者へ記入を依頼してください。**
- ・「**支払期間欄**」は、**被保険者名義の口座**を記入してください。
- ・「**同意記録**」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合も、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
- ・当該申請書を提出の際には、**施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。**