

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, 公費受給者番号, 区市町村番号, 受給者番号, 特記事項, 給付割合, 種類, 05 鍼灸

被保険者欄: 被保険者証等の記号番号, 発病又は負傷年月日, 傷病名, 療養を受けた者の氏名, 続柄, 発症又は負傷の原因及びその経過

施術内容欄: 初療年月日, 施術期間, 実日数, 請求区分, 傷病名, 初検料, 施術料, 往療料, 施術報告書交付料, 合計, 一部負担金, 請求額, 施術日

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 施術所 所在地 登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号) 施術管理者 氏名 ④ 電話

申請欄: 上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 平成 年 月 日 申請者 住所 殿 (被保険者) 氏名 ④ 電話

支払機関欄: 支払区分, 預金の種類, 金融機関名, 口座名義, 口座番号, 郵便局

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

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) 氏名 代理人 住所 氏名

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に記入してください。
※ 施術管理者及び申請者 (被保険者) の記名押印は署名でも差し支えありません。
※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程 (平成 30 年 6 月 12 日発第 0612 第 2 号通知) に従い行われるものです。

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

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9	給付割合		
公費受給者番号												2 公費	4 退職	4 三外	0 高外8	8	9	10
区市町村番号											種類	04 マ						
受給者番号										保険者番号								

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名			
					年 月 日							
	(フリガナ)				続 柄				○発症又は負傷の原因及びその経過			
	療養を受けた者の氏名				男・女				○業務上・外、第三者行為の有無			
明・大・昭・平 年 月 日生								1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他				

施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間				実日数	請 求 区 分																									
	平成 年 月 日	自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日				日	新 規 ・ 継 続																									
	傷病名又は症状						転 帰																									
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×		回=	円	摘 要																									
		右上肢	円×		回=	円																										
		左上肢	円×		回=	円																										
		右下肢	円×		回=	円																										
		左下肢	円×		回=	円																										
	変形徒手矯正術		円×	肢×	回=	円																										
	温 罨 法		円×		回=	円																										
	温罨法・電気光線器具		円×		回=	円																										
	往療料 4kmまで		円×		回=	円																										
	往療料 4km超		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 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	
	平成 年 月 日	施 術 所		所在地			
	登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号)				名 称	電 話	
	施術管理者 氏 名				㊞		

申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。						
	平成 年 月 日	申請者 住 所		氏 名			㊞ 電 話
	殿						
	(被保険者)						

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	2. 銀行送金	1. 普通	2. 当座			金庫	支店
	3. 郵便局送金	4. 当地払	3. 通知	4. 別段			農協	出張所
	口座名義 カタカナで記入		口座番号					郵便局

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		

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		平成 年 月 日
申請者 住所	代理人 住所	
(被保険者) 氏名	氏名	

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に記入してください。

※ 施術管理者及び申請者 (被保険者) の記名押印は署名でも差し支えありません。

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程 (平成30年6月12日保発0612第2号通知) に従い行われるものです。

平成 年 月分
療養費支給申請総括票 (I)

(請求者) 登録記号番号 — —
 施術管理者
 施術所名

保険者名等	本人		家族		計	
	件数	費用額	件数	費用額	件数	費用額
	件	円	件	円	件	円
合 計						
(通信欄)						

備考 この用紙は、日本工業規格 A 列 4 番とすること。

平成 年 月分
療養費支給申請総括票 (II)

保険者名 : _____ 殿

(請求者) 登録記号番号 _____
施術管理者 _____
施術所名 _____

療養費について、別添の支給申請書のとおり請求します。

区 分		件数	費用額	一部負担金	請求金額
請求	本人	件	円	円	円
	家族				
※決定	本人				
	家族				
※返戻	事前分	本人			
		家族			
	保険者	本人			
		家族			
※誤算	本人				
	家族				
※増減	本人				
	家族				

※印の欄は記入しないこと。

備考 この用紙は、日本工業規格 A 列 4 番とすること。

療養費の支給申請に係る増減金額等のお知らせ

施術所名

施術管理者： _____ 殿

療養費の支給申請について、下記のとおり支給額の減額及び不支給等の内訳をお知らせします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保険者名：

所在地：

氏名 (受療者)	記号 番号	区 分	本・家 区分	増減金額 請求金額－決定金額	施術月	理 由
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.		円		
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				
		1.減額 2.不支給 3.再審査 4.				

(区分欄の減額・不支給等の理由を○で囲む。)