

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

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 (医師の同意を受けた傷病名)																												
	年 月 日										年 月 日										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										1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他																												
昭・平・令										年 月 日生										()																													
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										5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()										転 帰																			
初検料 (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)										円										円										継続・治癒・中止・転医																			
はり・きゅう										施術の種類										1術 回 2術 回										摘 要																			
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																													
費 用 額 計										円										円																													
施術日										訪問1①										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																													
通所										訪問2②										月																													
往療										訪問3③										月																													
○往療又は訪問の理由 (1. 独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独歩による外出困難 3. その他 ())																																																	
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										〒										-																													
登録記号番号										所在地										名称																													
_____										氏名										電話																													
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。										〒										-																													
年 月 日										被保険者 住 所										電話																													
大阪婦人子供既製服健康保険組合理事長 殿										(請求者)										氏名																													
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										1. 普通 2. 当座										左づめ																													
<input type="checkbox"/> 座名義 カタカナで記入										口座番号										左づめ																													
同意医師の氏名										住 所										同意年月日										傷 病 名										要加療期間									
年 月 日										年 月 日										年 月 日										年 月 日																			

<記入にあたっての注意事項>

- ・ 申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・ 二重線内 (「施術内容欄」および「施術証明欄」) は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・ 「支払機関欄」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は、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。

<その他添付書類 (該当する場合)>

医師の同意書 (原本) 施術報告書 (写し) 往療状況確認表 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書