

別添1（様式第6号）

療養費支給申請書（令和 年 月分）（はり・きゅう用）

機関コード

| | | | |
|-----------------------|----------------------|--------------------------------------|---|
| 被 保 險 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、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) | 性別 男 ・ 女 | ○業務上・外、第三者行為の有無 (1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()) |
| 明・大・昭・平・令　年　月　日 | | ○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) | |

○往療院又は訪問の問題（ ① 独歩による公共交通機関を使用しての外出困難 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 その他の

上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。
療養費の受領を下記代理人に委任します。 施術所
令和 年 月 日 所在地
登録記号番号 名称
施術管理者 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。 〒
令和 年 月 日 申請者 住所
(住民登録番号)

備註 (被保險者) 殿 氏名 電話

支 払 機 関 場
支払区分 ① 振込 2. 銀行送金 預金の種類 ① 普通 2. 当座 金融機関名 福岡銀行 本店営業部
② 郵便局送金 3. 当地払 3. 通知 4. 別段
口座名義 シヤ(フカオカケハシキコウツキヨン)シハイ 口座番号 6 6 3 7 1 1 3 郵便局

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。 令和 年 月 日
〒812-0022
申請者 住所 代理人 住所 福岡市博多区神屋町2-4 フラービル 2階
(被保険者) 氏名 公益社団法人福岡県鍼灸マッサージ師会
氏名 会長 仲嶋 隆史

※ 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あります。

※ 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）場合に署名してください。

※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理

患者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。