

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、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 ( ) )																																
										明・大・昭・平・令 年 月 日生						○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）																																	
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										摘 要																																						
	1はり 2きゅう 3はりきゅう併用																														円																		
	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																																							
費 用 額 計										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																																																	
往療◎ 訪問3③																																																	
○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 ( ) )																																																	
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。 療養費の受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日										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																												
	免許登録番号										は り 師 住 所										〒 -																												
申 請 欄	免許登録番号										き ゃ う 師 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 (被保険者) 殿 氏名										電 話																												
支 払 機 関 欄	支払区分										預金の種類										金融機関名																												
	① 振 込 2. 銀 行 送 金 ① 普通 2. 当座										福岡銀行 本店営業部																																						
	3. 郵 便 局 送 金 4. 当 地 払 3. 通知 4. 別段																																																
同 意 記 録	口座名義 カタカナで記入										シヤ)フクオカケンシンキユマツサージシカイ										口座番号										6 6 3 7 1 1 3 郵便局																		
	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																													

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

申請者 住所  
(被保険者) 氏名

〒 812-0022  
住所 福岡市博多区神屋町2-4 フラワビル 2階  
公益社団法人福岡県鍼灸マッサージ師会  
会長 仲嶋 隆史

代理人 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。