

特に赤枠の記載をよく確認してください

別添 1 (別紙 4)

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			
					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			
	平成 年 月 日				自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日				日			
	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								円			
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用											
	はり				円× 回=				円			
	きゅう				円× 回=				円			
	はり・きゅう併用				円× 回=				円			
	電療料				円× 回=				円			
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具												
往 療 料				2 km まで				円× 回= 円				
加 算 (km)								円× 回= 円				
費 用 額 計								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				住 所				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。				〒				一			
	平成 年 月 日				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			
	1. 振 込 2. 銀行送金				1. 普通 2. 当座				銀行 本店			
	3. 郵便局送金 4. 当地払				3. 通知 4. 別段				金庫 支店			
口座名義 カタカナで記入				口座番号				農協 出張所				
同 意 記 録	同意医師の氏名				住 所				同意年月日			
									平成 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
	住所
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。

別添2 (別紙4)

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

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			
					年 月 日						
	療養を受けた者の氏名		(フリガナ)		続柄		○発症又は負傷の原因及びその経過				
		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		
									継続・治癒・中止・転医		
	マ ッ サ ー ジ		躯 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 2kmまで			円×		回=	円					
加算 (km)			円×		回=	円					
合 計						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 免許登録番号				住 所		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		〒				
	殿				申請者 (被保険者)		住 所 氏 名 ④ 電 話				
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		農協 出張所				
	3. 郵便局送金 4. 当地払		3. 通知 4. 別段		郵便局						
口座名義 カタカナで記入		口座番号									
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 (被保険者)	住所	氏名	④
代理人	住所	氏名	④

※ 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。