

# 大阪市国民健康保険療養費 支給申請書

療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	男 ・ 女	明・大・昭・平・令 年 月 日生
------------	--------	-------------	------------------

施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間	実日数	発症又は負傷年月日	
	年 月 日	自・ 年 月 日～至・ 年 月 日	日	年 月 日	
	傷病名				業務上・外、第三者行為の有無
					1.業務上 2.第三者行為である 3.その他
	初検料	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用	円	円	請 求 区 分
					新 規 ・ 継 続
	施 術 料	はり	円× 回=	円	転 帰
		きゅう	円× 回=	円	継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医
		はり・きゅう併用	円× 回=	円	摘 要
		電療料	1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器	円× 回=	
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円× 回=	円	
		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	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)	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. 出張専門施術者所在地
	年 月 日			
	免許登録番号_____ はり師	住 所		
	免許登録番号_____ きゅう師	氏 名		電話番号
免許登録番号_____ あん摩マッサージ指圧師				

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。			
	年 月 日	申請者 住 所 〒		
	大阪市長 様	(被保険者) 氏 名	電話番号	

備 考				
--------	--	--	--	--

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
			年 月 日		