

障がい・ひとり親・一負助成 医療費支給申請書
国民健康保険療養費支給申請書

(第 回)
(令和 年 月分) (はり・きゅう用)

会員番号

本人
三歳未満
家族
高齢9
高齢8

区市町村番号		保険者番号			
受給者番号		被保険者記号・番号			
療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	被保険者氏名 (世帯主・組合員)		
	男 女		発症又は負傷の原因及びその経過		
氏名	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	業務上・外、第三者行為の有無	
	年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日	日	1.業務上 2.第三者行為である 3.その他	
	傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頰腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頰椎捻挫後遺症 7. その他 ()		発症又は負傷年月日 年 月 日	
	初検料	1. はり 2. きゅう 3. はりきゅう併用	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・治療・中止・転医
	材料	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. 電気光線器具	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 月分)		円× 回=	円	
	合計	公費負担額 (割)	円	円	
	一部負担金 (1割・2割・3割)			円	
請求額			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	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地	
	令和 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 _____	
申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費 (医療費) の支給を申請します。		令和 年 月 日 住所 〒 _____	世帯主 受給者 対象者 氏名 _____ ☎ 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 金庫 支店 農協 出張所	
	1. 口座振替 2. 窓口払	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄 4. その他 ()			
委任欄	口座名義	口座番号			
同意記録	本請求に基づく療養費 (医療費) の受領を下記代理人に委任します。				
	令和 年 月 日	世帯主 住所 〒 _____	受給者 住所 _____	代理人 氏名 _____ ☎ _____	
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
			令和 年 月 日		

記入上の注意

1. 施術内容欄の傷病名、初回の施術内容については、該当する項目を○で囲んで下さい。
2. 「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入して下さい。