

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)
(平成 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		
明・大・昭・平 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
	平成 年 月 日	自・平成 年 月 日～至・平成 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
	初検料 1.はり 2.きゅう 3.はりきゅう併用			年 月 日
				請求区分
				新規・継続
	施 術	はり	円× 回= 円	転 帰
	術	きゅう	円× 回= 円	継続・治療・中止・転医
	内 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	
	容 欄	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
	平成 年 月 日	免許登録番号 _____ はり師 住 所	ⓞ 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。			
	平成 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 1.口座振替 2.窓口払	預金の種類 1.普通 2.当座 3.貯蓄 4.その他()	金融機関名	銀行 金庫 農協 本店 支店 出張所
	口座名義	口座番号		
委 任 欄	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。			
	平成 年 月 日	世帯主 受給者 対象者 氏 名	ⓞ _____	
同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名
			平成 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。