

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. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ( )	発症又は負傷年月日 年 月 日		
	初検料	1. はり 2. はり(電気鍼併用) 3. きゅう 4. きゅう(電気温灸器併用) 5. はり・きゅう併用 6. はり・きゅう併用(電気鍼・電気温灸器併用)	円	請求区分 新規・継続	
	はり	円× 回=	円	転帰	
	はり(電気鍼併用)	円× 回=	円	継続・治癒・中止・転医	
	きゅう	円× 回=	円	摘要	
	きゅう(電気温灸器併用)	円× 回=	円		
	はり・きゅう併用	円× 回=	円		
	はり・きゅう併用(電気鍼・電気温灸器併用)	円× 回=	円		
	往療料 4kmまで	円× 回=	円		
	往療料 4km超	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。	保健所登録区分	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 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。	平成 年 月 日 住所 〒			
	大阪市長 様 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 住所 〒 受給者 氏名 対象者 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
			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。  
3. 初療の日から3箇月を経過した時点における同意書については、実際に医師から同意を得ていなくても必ずしも添付は要しません。この場合には、同意をした医師の氏名、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示等がある場合にはその期間を「同意記録」欄に記入してください。