

療 養 費 支 給 申 請 書 (年 月 分) (は り ・ き ゅ う 用)

被 保 険 者 欄	○被保険者等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																																									
			年 月 日																																											
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)		続 柄	○業務上・外、第三者行為の有無																																									
		男 女			(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																																									
		昭・平・令 年 月 日生			○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)																																									
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間		実日数	請 求 区 分																																								
	() 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		日	新 規 ・ 継 続																																								
	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 ()		転 帰																																									
	初 検 料 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用				円	摘 要																																								
	施 術 料	はり・きゅう		施術の種類	1 術 回		2 術 回																																							
		通所		円× 回＝ 円																																										
		訪問施術料 1		円× 回＝ 円																																										
		訪問施術料 2		円× 回＝ 円																																										
		訪問施術料 3 (3人～9人)		円× 回＝ 円																																										
		訪問施術料 3 (10人以上)		円× 回＝ 円																																										
	電療料 (加算／ 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具)		円× 回＝ 円																																											
	特 別 地 域 (加 算)		円× 回＝ 円																																											
	往 療 料		円× 回＝ 円																																											
	施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)		円× 回＝ 円																																											
	費 用 額 計		円																																											
施術日	訪問 1 ①	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														
通所	訪問 2 ②																																													
往療	訪問 3 ③	月																																												
○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ())																																														
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																											
	令和 年 月 日																〒		—																											
	免許登録番号																はり 師		住 所																											
申 請 欄	免許登録番号																きゅう 師		氏 名														電話													
	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。																																													
	令和 年 月 日																申請者 (被保険者)		住所																											
支 払 機 関 欄	国会議員秘書健康保険組合理事長 殿																氏 名		電話																											
	支払区分 振 込																預金の種類 1. 普通 2. 当座		金融機関名 銀行 金庫 農協 本店 支店 出張所																											
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																											