

療養費支給申請書 ( 年 月分) (はり・きゅう用)

|                       |   |                        |                               |                                      |           |                     |             |      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|-----------------------|---|------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-----------|---------------------|-------------|------|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | ○被保険者証の記号—番号<br>—   |                        | ○発病又は負傷年月日<br>年 月 日           |                                      | ○傷病名      |                     |             |      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                       | 療<br>養<br>を<br>受<br>け<br>た<br>者<br>の<br>氏<br>名                                | (フリガナ)                 | 続 柄                           | ○発症又は負傷の原因及びその経過                     |           | ○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 (入居施設や住所地利特等、保険証住所と異なる場合に記載) |           |                     |             |      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 施<br>術<br>内<br>容<br>欄 | 初療年月日   |                        | 施術期間                          |                                      | 実日数       |                     | 請求区分        |      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                       | 平・令 年 月 日   |                        | 令和 年 月 日 ~ 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    |                                      |           |                     | 転 帰         |      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                       |   |                        | 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他 ( )     |                                      |           |                     | 継続・治癒・中止・転医 |      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                       | 初検料   |                        | 1.はり 2.きゅう 3.はりきゅう併用          |                                      | 円         |                     | 摘 要         |      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                       | 施<br>術<br>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1①  | 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2②  |                        |                               |                                      |           |                     |             |      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 往療◎                   | 訪問3③  |                        |                               |                                      |           |                     |             |      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| ○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<br>術<br>証<br>明<br>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  |                        | 住所 〒 —                        |                                      |           |                     |             |      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                       | 免許登録番号 _____ はり師  |                        | 氏名 _____                      |                                      |           |                     |             |      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 免許登録番号 _____ きゅう師     |   | 氏名 _____               |                               |                                      |           |                     |             |      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 電話 _____              |   |                        |                               |                                      |           |                     |             |      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 申<br>請<br>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。   |                        | 住所 〒 —                        |                                      |           |                     |             |      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                       | 令和 年 月 日  |                        | 申請者 (被保険者) 氏名 _____           |                                      |           |                     |             |      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 自動車振興会健康保険組合 殿        |   | 電話 _____               |                               |                                      |           |                     |             |      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 支<br>払<br>機<br>関<br>欄 | 支払区分  | 預金の種類                  | 金融機関名                         | 銀行 信組 金庫 農協                          | 本店 支店・出張所 |                     |             |      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                       | 1.振込  | 1.普通                   |                               |                                      |           |                     |             |      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                       | 口座番号  |                        |                               | 口座名義<br>カタカナで記入                      |           |                     |             |      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 公金受取口座                | <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記口座情報の記入は不要です) |                        |                               |                                      |           |                     |             |      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 同<br>意<br>記<br>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                      |                                      |           |                     |             |      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |

備考欄 (注)

(注) 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。