

福祉医療療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

市町村長殿 機関コード

福祉医療療養費負担者番号										特記事項	1 社国 3 後高 2 本外 4 六外 8 高外一	給付割合							
福祉医療療養費資格者番号											2 公費 4 退職 6 家外 0 高外7	7	8	9					
										種類	05 鍼灸								
										保険者番号									

被保険者欄	○被保険者資格の記号番号				○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											
										(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())											
男・女								○施術した場所（施設等に同居している場合及び被保険者の住所と異なる場合記載）													
	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				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																			
													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 術 料	はり・きゅう	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																									
			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																											
	明細書発行加算				円× 回＝ 円																											
	合 計				円																											
	一部負担金（1割・2割・3割）				円				※ 支 払 金 額				円																			
請 求 額				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（ ） ）

施術証明欄	上記のとおり施術をしたことを証明します。				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 施術所 所在地 〒 -				名 称				氏 名 電話											
申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。				〒 -															
	令和 年 月 日 申請者 住所 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 支店 出張所							
	1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払				1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段								金庫 農協							
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											

本申請書に基づく福祉医療療養費に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日

申請者 住所（上記住所欄と同じ） 代理人 住所

氏名 氏名

1 ※印欄は記入しないでください。