

福祉医療療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

前橋市長殿 機関コード

福祉医療費負担者番号										特記事項	1 社国 3 後高	2 本外 8 高外9	給付割合		
福祉医療受給資格者番号											2 公費 4 退職	4 六外 0 高外7	7	8	9
										種類	05 鍼灸				
										保険者番号					

受給者欄	○被保険者証等の記号番号					○発病又は負傷年月日					○傷病名				
						年 月 日									
	(7桁)										○発病又は負傷の原因及びその経過				
	療養を受けた者の氏名					男・女					○業務上・外、第三者行為の有無				
明・大・昭・平・令 年 月 日生										1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他					

施術内容欄	初療年月日		施術期間				実日数		請求区分					
	令和 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						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 術 料	はり	円× 回=				円							
		きゅう	円× 回=				円							
		はり・きゅう併用	円× 回=				円							
	内 料	電療料 (1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)		円× 回=				円						
		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						円								
一部負担金 (1割・2割・3割)						円		※ 支払金額						
請 求 額						円		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									
	登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号)					名 称					氏 名 印 電話				
施術管理者					氏 名					印 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。 千 一														
	令和 年 月 日					申請者 住所					氏名(受給者) 印 電話				
殿					氏名(受給者)					印 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		
	1. 振込	2. 銀行送金	1. 普通	2. 当座			金庫		支店		
3. 郵便局送金		4. 当地払	3. 通知	4. 別段			農協		出張所		
口座名義 カタカナで記入				口座番号						郵便局	

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					印					氏 名				

1 ※印欄は記入しないでください。