

療養費支給申請書(年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	保険者番号		発病又は負傷年月日	傷病名																					
	被保険者証記号・番号		年 月 日																						
	療養を受けた者の個人番号																								
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	発症又は負傷の原因及びその経過																					
		男 ・ 女		業務上・外、第三者行為の有無																					
	昭・平	年 月 日生		1 業務上 2 第三者行為である 3 その他																					
資格区分	一般 ・ 退職本人 ・ 退職扶養																								
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・ 年 月 日～至・ 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				療養に要した費用																				
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用		円		円																				
	施 術 料	はり	円×	回=	円	一部負担金																			
		きゅう	円×	回=	円																				
		はり・きゅう併用	円×	回=	円	請求額																			
		電療料			円																				
	1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具		円×	回=	円	円																			
	往療料 4km まで		円×	回=	円	(摘要)																			
往療料 4km 超		円×	回=	円																					
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)				円																					
費用 額 計				円																					
施術日	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 通院○ 往療◎ 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	1 施術所所在地 2 出張専門施術者住所地																					
	年 月 日	登録区分	登 録 区 分																						
申 請 欄	免許登録番号	はり師	住 所	ⓞ 電話																					
	免許登録番号	きゅう師	氏 名																						
支 払 機 関 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。																								
	年 月 日	申請者	住 所	ⓞ 電話																					
	宇和島市長 様	(世帯主)	個人番号																						
	支払区分	預金の種類	金融機関名	銀行	本店																				
振込	普通・当座		金庫	支店																					
			農協	出張所																					
口座名義(カタカナ)			口座番号																						
ゆうちょ銀行の場合は記号・番号を記載			記号	番号																					
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																				
			年 月 日																						

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日

申請者 住所
(世帯主) 氏名 _____ ⓞ

代理人 住所
氏名 _____ ⓞ

※給付金に関する受領を代理人に委任する(申請書名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。