

(はり・きゅう用)

療養費支給申請書 (平成 年 月) 鍼灸 8 支払区分

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--------------------------------|------|----|---|-------|-----|-------------|-------|---------|-------------------------|-------------------------|--------------|----|-------|----|----|----|-----|--|------|----------|
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | 3 | 9 | 4 | 3 | | | | | | |
| 療養を受けた者の氏名 | (フリガナ) | | | | | | | | | | 性別 | 続柄 | 発病又は負傷年月日 | | 年 | | 月 | | 日 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 発病又は負傷の原因及びその経過 | | | | | | | | | | 第三者行為の有無 |
| 生年月日 | 明 | 大 | 昭 | 年 | | 月 | | 日 | | | | | | | | | | | | 有・無 | | | |
| 初療年月日 | | | | | | | | | | 施術期間 | | | | | | | | | | 実日数 | | 請求区分 | |
| 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | | 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | | ～ | | 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | | | | | | | | | | 新規・継続 | | | | | | | |
| 傷病名 | | 神経痛 | | リウマチ | | 頸腕症候群 | | 五十肩 | | 腰痛症 | | 頸椎捻挫後遺症 | | その他 (傷病名を記載) | | | | | | | | | |
| 初検料 | | 1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用 | | | | | | | | | | 円 | 転帰 | | 治癒 | | 中止 | | | | | | |
| 施術内容欄 | はり | | 円× | | 回= | | 円 | | 【摘要】 | | | | | | | | | | | | | | |
| | きゅう | | 円× | | 回= | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | はり・きゅう併用 | | 円× | | 回= | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電療料 | 電気針 | | 円 | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電気温灸器 | | 円× | | 回= | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電気光線器具 | | 円 | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 往療料 (別紙「往療内訳書」のとおり) | | | | | | | | | | 円 | 不明 | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | 円 | 介護認定なし | | | | | | | | | | | | |
| 一部負担金 <input type="text"/> 割 | | | | | | | | | | 円 | 要支援 | | | | | | | | | | | | |
| 請求額 | | | | | | | | | | 円 | 要介護 | | | | | | | | | | | | |
| 施術日 | | 月 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | | | |
| 通院○ 往療○ | | 月 | | 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 | | | | | | | | | | |
| | 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | 住所 | | | | | | | | | | | | |
| | 免許登録番号 (施術者登録番号) | | | | | | | | | | 名称 | | | | | | | | | | | | |
| | はり師・きゅう師 | | | | | | | | | | 氏名 | | Ⓜ | | | | | | | | | | |
| 施術者コード <input type="text"/> | | | | | | | | | | 電話 | | | | | | | | | | | | | |
| 申請欄 | 上記の療養に要した費用に関して療養費 (医療費) の支給を申請し、その金額の受領を代理人に委任します。 | | | | | | | | | | 〒 - | | | | | | | | | | | | |
| | 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | 住所 | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者 (申請者) | | | | | | | | | | 氏名 | | Ⓜ | | | | | | | | | | |
| | 熊本県後期高齢者医療広域連合 様 | | | | | | | | | | 電話 | | | | | | | | | | | | |
| 支払機関欄 | 預金種別 | | 普通 | | | | 金融機関名 | | 肥後銀行 学園大通支店 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 口座番号 | | 2 | 1 | 5 | 7 | 5 | 6 | 5 | 口座名義人 | | シャ) クマモトケンシンキュウマッサージシカイ | | | | | | | | | | | |
| 受取代理人欄 | 代理人の氏名と印 | | 一般社団法人 熊本県鍼灸マッサージ師会 会長 高橋 武良 Ⓜ | | | | | | | | | | 備考欄 | | | | | | | | | | |
| | 代理人の住所 | | 熊本市中央区水道町14-21 熊本県婦人会館内 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同意記録 | 同意医師 | | 住所 | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 同意年月日 | | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 傷病名 | | | | | | | | | | | | | |
| | 要加療期間 (指示のあった場合) | | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |