記入例　様式3-1 はりきゅう用申請書

患者捨印　施術者捨印

捨印の位置はここ

様式３－１

（はり・きゅう用）　療養費支給申請書（平成 26 年 4 月）　鍼灸 8 支払区分 2

広域連合から通知された支払区分を記入

下４桁のみ記入

被保険者番号	00654321	保険者番号	3 9 4 3 1 0 0 2
療養を受けた者の氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）コウキ ハナコ　後期　花子　女	続柄	
生年月日	明 大 昭 ○ 7 年 5 月 7 日	発病又は負傷年月日	平成25 年 6 月 30 日
		発病又は負傷の原因及びその経過	原因：不詳　経過：良好
		第三者行為の有無	有 (無)

保険証を確認して正確に記入（８桁）

治療が継続している場合は記入不要

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
平成 25 年 7 月 3 日	平成 26 年 4 月 1 日 ～ 平成 26 年 4 月 30 日	5 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）
					○		

施術内容欄

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
施術料	は り	円× 回=	円	【摘要】	
	き ゅ う	円× 回=	円	脳梗塞後遺症等により、寝たきり状態であり、自力での歩行ができないため、また、入浴排泄についても全介助が必要であり、医療機関への受診も困難な為、主治医の往診を受けている。	
	はり・きゅう併用	1,510 円× 5 回= 7,550	円		
電療料	○ 電 気 針	30 円× 5 回= 150	円		
	電気温灸器		円		
	電気光線器具		円		
往 療 料（別紙「往療内訳書」のとおり）		9,000	円	不明	
合計		16,700	円	介護認定なし	
一部負担金	1 割	1,670	円	要支援	5
請求額		15,030	円	○ 要介護	

往療料算定の場合、往療する理由を記入（患者さんの状態について具体的な説明が必要です）

１４桁の施術者登録番号を記入

往療料算定の場合、該当する項目に○を入れ介護認定の数字を記入（「不明」又は「介護認定なし」の場合は数字の記入は不要です）

施術日	4 月	1	2	◎	4	5	◎	7	8	9	10	11	◎	13	14	15	16
通院○ 往療◎		17	18	19	◎	21	22	◎	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 26 年 4 月 30 日

免許登録番号（施術者登録番号）430123456789AZ　はり師・きゅう師

施術者コード 4382010011

住 所　熊本市東区健軍○－○－○
名 称　○○○鍼灸院
氏 名　鍼灸　一郎　㊞
電 話　096-000-4321

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 26 年 4 月 30 日

被保険者（申請者）
〒 861-0911
住 所　熊本市東区健軍□－□－□
氏 名　後期　花子　㊞
電 話　096-000-1234

熊本県後期高齢者医療広域連合長　様

これまでと同様、自筆サインが必要です

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　髙橋　武良　㊞
	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	熊本市東区健軍△-△-△	氏名	医師　太郎
	同意年月日	平成 26 年 3 月 28 日		傷病名	腰痛症
	要加療期間（指示のあった場合）	平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日			

備考欄

この欄には何も記入しないこと

熊本県後期高齢者医療広域連合用

広域連合から通知された番号（１０桁）を記入（記入誤りがあると支払いに支障がでる場合があるそうですのでご注意下さい）

同意年月日は必ず、その月施術を行うための根拠となっている同意日を記入します

医師からの指示がなければ記載不要です