

別添1 (様式第6号)

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

機関コード

公費負担者番号										特記事項	1 社国 3 後高	2 本外 8 高外9	給付割合 8 9 10
公費受給者番号										2 公費 4 退職	4 三外 6 家外 0 高外7		
区市町村番号										種類	05 鍼灸		
受給者番号										保険者番号			

被保険者欄	○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							
	(フリガナ)				続 柄				○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 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			
	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						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					
		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	4 kmまで				円× 回=		円			
	往 療 料	4 km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					
	請 求 額						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			
	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				印 電 話			
				施 術 管 理 者				氏 名				

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。 〒											
	年 月 日				申 請 者				住 所			
	鹿兒島県後期高齢者医療広域連合長 殿				(被保険者)				氏 名			
								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 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	
					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 代理人 住所

(被保険者) 氏名 印 氏名

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者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。
 ※ 施術管理者及び申請者 (被保険者) の記名押印は署名でも差し支えありません。
 ※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程 (平成30年6月12日保発0612第2号通知) に従い行われるものです

別添1 (様式第6号)

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

機関コード

公 公 区	記入例					特記事項	1 社国 3 後高 2 公費 4 退職	2 本外 8 高外9 4 三外 0 高外7 6 家外	給付割合		
						種類 05 鍼	8 9 10				
受給者番号						保険者番号					

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号				○発病又は負傷						
	(フリガナ)				続						
	療養を受けた者の氏名				男・女						
明・大・昭・平 年 月 日生											

後期高齢者の場合は
3 後高 に○を記入

負担割合が1割の方は 8高外9
負担割合が3割の方は 0高外7 に○を記入

施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間		新規・継続		
	年 月 日		自・ 年 月 日～至・ 年 月 日		日		
	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	はり	円×	回=	円		
	術	きゅう	円×	回=	円		
	料	はり・きゅう併用	円×	回=	円		
	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 4 kmまで			円×	回=	円	
	往療料 4 km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			円				
請			円				
施術日	通院○	往療○	月	18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			

厚生省(厚生局)から送付された登録記号番号
を必ず記載してください。

施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を 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	
	年 日	施術所 所在地	名称	氏名 印 電話	
登録記号番号 (又けし出た施術者登録番号)					

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。 円				
	年 月 日	申請者 住所	氏名 印 電話		
鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿 (被保険者)					

支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所
	1. 振込 3. 郵便局送	2. 銀行送金 4. 当地払	1. 普通 3. 通知	2. 当座 4. 別段			郵便局
口座名義 カタカナで記入		口座番号					
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日		傷 病 名
					年 月 日		要加療期間

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 代理人 住所

(被保険者) 氏名 印 氏名

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者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。
 ※ 施術管理者及び申請者 (被保険者) の記名押印は署名でも差し支えありません。
 ※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程 (平成30年6月12日保発0612第2号通知) に従い行われるものです