

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-	給付割合		
公費受給者番号										4 三外 0 高外7	8	9	10
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																																							
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)										続 柄	○発病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																																					
										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										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。										〒										—																													
	年 月 日										申請者 住所										氏 名 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 支店 出張所																			
	1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払										1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段																				金庫 農協																			
	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										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 本外 8 高外-		給付割合				
		2 公費 6 家外		4 三外 0 高外7			8	9	10						
受給者番号						保険者									
被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号					○発病又					後期高齢者の場合は 3 後高 に○を記入 負担割合が1割・2割の方は 8高外- 負担割合が3割の方は 0高外7 に○を記入				
	療養を受けた者の氏名					男・女									
	明・大・昭・平 年 月 日生														
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	はり	円 × 回 = 円												
		きゅう	円 × 回 = 円												
		はり・きゅう併用	円 × 回 = 円												
	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 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											
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を 円を領収しました。					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 登録記号番号 (又は 出た施術者登録番号) 名 称 施術管理者 氏 名 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。 円					年 月 日									
	申請者 住所 鹿儿岛県後期高齢者医療広域連合長 殿 (被保険者) 氏名 電話														
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所						
	1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送 4. 当地払		1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段												
同 意 記 録	口座名義 カタカナで記入		口座番号						郵便局						
	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	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。