

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きょう用) 別添1 (様式第6号)

公費負担者番号		特記事項	1 社会 3 介護 2 本人 4 介護 5 高外 6 高外	給付割合	8 9 10
公費受給者番号					
区市町村番号		種別	05 06		
受給者番号		保険者番号			
○被保険者証等の記号番号	○発病又は負傷年月日		○傷病名		
療養を受けた者の氏名	性別	年齢	○発病又は負傷の原因及びその経過		
○療養上・否、第三者行為の有無	1. 療養上 2. 第三者行為である 3. その他				
初療年月日	施行期間	実日数	請求区分		
平成 年 月 日	自平成 年 月 日～至平成 年 月 日	日	新規・継続		
傷病名	1. 特記事項 2. リウマチ 3. 頸胸椎病群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫腰痛症 7. その他 ()				転
初検料 (1 はり 2 きょう 3 はりきょう併用)	円 × 円 = 円				備
はり	円 × 円 = 円				要
きょう	円 × 円 = 円				
はり・きょう併用	円 × 円 = 円				
電療料 (1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具)	円 × 円 = 円				
往療料 4kmまで	円 × 円 = 円				
往療料 4km超	円 × 円 = 円				
施術報告書交付料 (前年度支給: 年 月分)	円 × 円 = 円				
合 計	円				
一部負担金 (1 割・2 割・3 割)	円				
請 求 額	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 25 26 27 28 29 30 31				
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。	保険所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地			
平成 年 月 日	施術所	所在地	名称	電話	
登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号)	施術管理者	氏名			
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。	申請者	住所	〒 -		
平成 年 月 日	氏名				
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 3. 郵便局送金 4. 当地払	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別当		金庫	支店	
口座番号	口座番号		郵便局	出張所	
同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間	
		平成 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。	申請者	住所	代理人	住所	
平成 年 月 日	(被保険者) 氏名		氏名	氏名	

- 施術機関コード 広域連合から付番されている、施術機関コードを記載してください。
- 種別コード 9割給付・8割給付の方は「8高外一」、7割給付の方は「0高外7」を丸で囲んでください。
- 給付割合 9割給付の方は9を、8割給付の方は8を○で囲んでください。7割給付の方は記載の必要はありません。
- 保険者番号 被保険者証に記載されている保険者番号を記載してください。
例 仙台市青葉区 39041017 石巻市 39042023
※3904 (宮城県の番号) 以外の場合は宮城県以外の被保険者の方です。
上記該当の方は、各都道府県の後期高齢者医療広域連合にお問い合わせください。
- 被保険者番号 被保険者証に記載されている被保険者番号 (8桁) を記入してください。
- 施術報告書交付料 同意期間の最終月の施術について作成し、同月に交付した場合に算定します。
- 登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号) 施術所 (施設管理者) は、受領委任に係る登録記号番号を記入してください。その場合、施術者登録番号を併せて記入しても差し支えありません。
- 施術証明欄 証明については、施設管理者が内容を確認のうえ署名又は押印してください。
- 被保険者氏名等 療養費の請求権者 (被保険者名) の記名押印は署名でも差し支えないとされているので、署名の場合、押印の必要はありません。
- 代理人への受領委任欄 受領委任の取扱いは、施術者 (施術管理者) が受領の委任を受ける取扱いとなります。ただし、受領の委任を受ける施術管理者が認める場合、施術管理者以外の代理人 (施術所の開設者、施術管理者が申出を行った所属する施術関係団体等) が受領の委任を受けて差し支えありません。その場合、施術管理者は、当該受領の委任を受ける代理人に確認のうえ、あらかじめ申請書に当該代理人の住所 (法人等の場合は所在地及び名称) 及び氏名 (法人等の場合は代表者名) を記入し、「支払機関欄」には当該代理人の口座を記載してください。施術管理者は、「施術証明欄」の「上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。」の次 (または欄外等) に「療養費の受領を下記の代理人に委任します。」等と記入し当該代理人に委任してください。

※ 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。
 ※ 施設管理者及び申請者 (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日療養0612第2号通知) に従って行われるものです。

※申請書の記載にあたっては、関係法令、通知、療養費の支給基準、受領委任の取扱規程や疑義解釈資料をご熟読のうえ、適正な請求に努めていただきますよう、ご協力をお願いいたします。

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用) 別添1 (様式第6号の2)

公費負担者番号	公費受給者番号	区市町村番号	受給者番号	機関コード 04-9	種別コード	給付割合	保険者番号
被保険者証記載の氏名		○療養又は負傷年月日		○療養名			
(7桁)		年 月 日					
療養を受けた者の氏名		性別		○療養又は負傷の原因及びその経過			
男				○業務上・外、第三者行為の有無			
女				1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他			
明・大・昭・平 年 月 日生							
初療年月日		施術期間		実日数		請求区分	
平成 年 月 日		日・平成 年 月 日～平成 年 月 日		日		新規・継続	
傷病名又は症状				転帰		療養	
マッサージ				継続・治癒・中止・転医			
変形徒手矯正術		円×		円×		円	
電 療		円×		円×		円	
電療法・電気光線器具		円×		円×		円	
往療料 4kmまで		円×		円×		円	
往療料 4km超		円×		円×		円	
施術報告書交付料 (前同支給：年月分)		円×		円×		円	
合 計						円	
一割負担金 (1割・2割・3割)						円	
請 求 額						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 25 26 27 28 29 30 31			
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		療養所区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地			
平成 年 月 日		療養所		所在地			
療養所名称 (7桁以内)		氏名		電話番号			
療養管理者		氏名		電話番号			
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。		申請者		住所			
平成 年 月 日		氏名		電話番号			
療養者 (被保険者)		氏名		電話番号			
支払区分		預金の種類		金融機関名			
1. 振込 2. 銀行送金		1. 普通 2. 当座		銀行 本店 支店			
3. 郵便局送金 4. 当地払		3. 通知 4. 別段		金庫 支店 出張所			
口座番号		口座番号		郵便局			
同意者の氏名		住所		同意年月日		傷病名	
平成 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。		平成 年 月 日					
申請者		住所		代理人			
(被保険者) 氏名		氏名		氏名			

- 施術機関コード 広域連合から付番されている、施術機関コードを記載してください。
- 種別コード 9割給付・8割給付の方は「8高外一」、7割給付の方は「0高外7」を丸で囲んでください。
- 給付割合 9割給付の方は9を、8割給付の方は8を○で囲んでください。7割給付の方は記載の必要はありません。
- 保険者番号 被保険者証に記載されている保険者番号を記載してください。
例 仙台市青葉区 39041017 石巻市 39042023
※3904 (宮城県の番号) 以外の場合は宮城県以外の被保険者の方です。
上記該当の方は、各都道府県の後期高齢者医療広域連合にお問い合わせください。
- 被保険者番号 被保険者証に記載されている被保険者番号 (8桁) を記入してください。
- 施術報告書交付料 同意期間の最終月の施術について作成し、同月に交付した場合に算定します。
- 登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号) 施術所 (施設管理者) は、受領委任に係る登録記号番号を記入してください。その場合、施術者登録番号を併せて記入しても差し支えありません。
- 施術証明欄 証明については、施設管理者が内容を確認のうえ署名又は押印してください。
- 被保険者氏名等 療養費の請求権者 (被保険者名) の記名押印は署名でも差し支えないとされているので、署名の場合、押印の必要はありません。
- 代理人への受領委任欄 受領委任の取扱いは、施術者 (施設管理者) が受領の委任を受ける取扱いとなります。ただし、受領の委任を受ける施設管理者が認める場合、施設管理者以外の代理人 (施術所の開設者、施設管理者が申出を行った所属する施設関係団体等) が受領の委任を受けて差し支えありません。その場合、施設管理者は、当該受領の委任を受ける代理人に確認のうえ、あらかじめ申請書に当該代理人の住所 (法人等の場合は所在地及び名称) 及び氏名 (法人等の場合は代表者名) を記入し、「支払機関欄」には当該代理人の口座を記載してください。施設管理者は、「施術証明欄」の「上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。」の次 (または欄外等) に「療養費の受領を下記の代理人に委任します。」等と記入し当該代理人に委任してください。

※ 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。
 ※ 施設管理者及び申請者 (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日療養0612第2号通知) に従って行われるものです。

※申請書の記載にあたっては、関係法令、通知、療養費の支給基準、受領委任の取扱規程や疑義解釈資料をご熟読のうえ、適正な請求に努めていただきますよう、ご協力をお願いいたします。