

後期高齢者医療 療養費支給申請書
(平成 年 月施術分) (はり・きゅう用)

施術機関番号

04-8-

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8	高齢9割
0	高齢7割

保 険 者 番 号		3 9 0 4		被 保 険 者 番 号						
療 養 を 受 け た 者 の 氏 名		(フリガナ)		男・女		(住所)				
		明・大・昭 年 月 日生				発症または負傷の原因およびその経過				
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間		実日数		業務上・外、第三者行為の有無			
	平成 年 月 日		自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日		日		1.業務上 2.第三者行為 3.その他			
	傷病名		1. 神経痛 2. リウマチ		3. 頸腕症候群 4. 五十肩		発病又は負傷年月日			
			5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症		7. その他 ()		年 月 日			
	初 検 料				円		請 求 区 分			
	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用						新 規 ・ 継 続			
	施 術 料	はり		円× 回=		円		転 帰		
		きゅう		円× 回=		円		継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医		
		はり・きゅう併用		円× 回=		円		摘 要		
		電療料		円× 回=		円				
1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具										
往 療 料		2kmまで		円× 回=		円				
加 算 (km)				円× 回=		円				
費 用 額 計						円				
一 部 負 担 金 (1 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						
通院○										
往療◎										
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。 平成 年 月 日 住所 はり師、きゅう師 施術者登録番号 氏名 (印) 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。 平成 年 月 日 住所 宮城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	口 座 番 号		銀行CD		支店CD			
	1. 振 込	1. 普 通 2. 当 座								
口 座 名 義		カタカナで記入		銀 行 庫 協		本 店 支 店 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						
委 任 欄	本申請書に基づく療養費の受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日									
	被保険者		住所		氏名		(印)			
代理人		住所		氏名		(印)				

記入上の注意
1. 施術内容欄の傷病名、初検料の施術内容については、該当する項目を○で囲んでください。
2. 「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入してください。

平成 年 月 日提出
受付日付印