

別添1 (様式第6号)

療養費支給申請書 (令和2年3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 高外一	給付割合
公費受給者番号			2 公費 4 退職	4 六外 6 家外 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	3	9	1
			2	0	0
			0	0	0

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
	07654321	平成29年9月1日	0000
	(フリガナ) チバ ハナコ	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過
療養を受けた者の氏名	千葉 花子	男	脳梗塞
	明・大・昭・平・令 11年11月11日 生		○業務上・外、第三者行為の有無
			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
	(平成) 29年10月1日	自・令和 2年3月1日 ～至・令和 2年3月31日	5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
		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	はり	円× 回= 円	
	術	きゅう	円× 回= 円	
	料	はり・きゅう併用	1,590円×5回=7,950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 4kmまで	円× 回= 円	
	往療料 4km超	2,700円×5回=13,500円		
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円× 回= 円		
	合計	21,450円		
	一部負担金 (1割 ・2割・3割)	2,145円		
	請求額	19,305円		

施術日	通院○	往療○	3月 ① 2 3 4 5 6 7 ⑧ 9 10 11 12 13 14 ⑮ 16 17 18 19 20 21 ⑳ 23 24 25 26 27 28 29 ㉑ 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
	令和 2年3月31日	所在地	千葉県千葉市〇〇区〇〇町〇〇
	登録記号番号 (申し出た施術者登録番号)	名称	〇〇治療院
	120000000-0-0	氏名	後期 二郎 印 電話 〇〇-〇〇-〇〇〇

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。	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	
	令和 2年3月31日	住所	千葉県千葉市〇〇区〇〇町〇〇
	申請者 (被保険者)	氏名	千葉 花子 印 電話 〇〇-〇〇-〇〇〇

支払機関欄	支払区分	預金の種類	金融機関名	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. 別段	銀行 〇 〇 〇 〇	支店
	口座名義カタカナで記入	口座番号	1234567	郵便局
	コウキ ジロウ			

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
	連合 花子	千葉県千葉市〇〇区〇〇町〇〇	令和2年2月1日	〇〇〇	令和2年2月1日から令和2年7月31日まで

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。		令和 2年3月31日
申請者 住所	千葉県千葉市〇〇区〇〇町〇〇	代理人 住所
		千葉県千葉市〇〇区〇〇町〇〇
(被保険者) 氏名	千葉 花子	氏名
		後期 二郎

※ 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。