

後期高齢者医療療養費支給申請書

施術機関コード

1. はり・きゅう 平成 年 月分

保険者番号	3	9	0	1				
被保険者証等の記号番号								

30	1. 国単	3. 退本単	5. 退家単	7. 後期
	1. 高一	2. 高7	3. 6歳未満	9割・8割

療養を受けた者の氏名	1. 男 2. 女		1. 明 2. 大 3. 昭 4. 平	年	月	日生	発病又は負傷の原因及びその経過	業務上・外、第三者行為の有無	
初療年月日	年月日		当月施術期間			実日数	療養の内容		
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 ()						発病又は負傷年月日 年月日		
施術内容欄	初回	1. はり 2. はり(電気鍼併用) 3. きゅう 4. きゅう(電気温灸器併用) 5. はり・きゅう併用 6. はり・きゅう(電気鍼・電気温灸器併用)					円	請求区分	1. はり又はきゅう 2. はりときゅう
	2回目以降	はり はり(電気鍼併用) きゅう きゅう(電気温灸器併用) はり・きゅう併用 はり・きゅう併用(電気鍼・電気温灸器併用)					円 × 回 = 円	新規・継続 転帰 適要	
	往療料	2kmまで					円 × 回 = 円		
	加算	() km					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	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							
	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 世帯主 氏名 電話番号 (印) 北海道後期高齢者医療広域連合長殿 組合員 受給者							
	支払機関欄	支払区分	預金種別	金融機関名	銀行	支店	口座名義人		
代理人欄	住所	氏名					(印)		
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収したことを証明します。平成 年 月 日 はり師・きゅう師 登録記号番号又は免許番号 保健所登録区別 住所 氏名 (印)					委任欄 本請求に基づく療養費の支給を申請しその受領を左記施術者(上記代理人)に委任します。平成 年 月 日 住所 世帯主 氏名 (印) 組合員 受給者			
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				

記入上の注意

1. 施術内容欄の傷病名、初回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下さい。
3. 初療の日から3ヶ月を経過した時点における同意書については、実際に医師から同意を得ていなければ必ずしも添付は要しません。この場合には、同意をした医師の氏名、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示等ある場合にはその期間を「同意記録」欄に記入して下さい。