**被保険者**

**家　　族**

**療養費支給申請書　　(はり、きゅう用)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施　術　内　容　証　明　書　（はり、きゅう用）**

令和　　　　年　　　　月　　　　日提出　　　　　　　　　　(令和　　　年　　　月分)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| はり師・きゅう師記入欄 | ① | 被保険者の  記号・番号 | | | | | 記号 | |  | | ② | | 受療者  の  氏　名 | |  | | | | | | 本人 |
| 番号 | |  | | 生年月日 昭和・平成・令和  　　　　年 　　 月　　日 | | | | | | 家族 |
| ③施術内容欄 | | 初療年月日 | | | | | | | 施術期間 | | | | | | | | 実日数 | | 請求区分 | |
| 年 　 月　 日 | | | | | | | 年 　　月　 　日 ～　 　年　　月　　日 | | | | | | | | 日 | | 新規・継続 | |
| 傷病名 | | □神経痛　　□頚腕症候群　　　　□リウマチ　　□五十肩  □腰痛症　　□頚椎捻挫後遺症　　□その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | 転　帰 | |
| 継続・治癒  中止・転医 | |
| 初検料 | | □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（電気鍼併用・電気温灸器併用） | | | | | | | | | | | | 円 | | | 摘　要 | |
|  | |
| ２回目以降 | **1.　はり** | | | | | | | | 円　×　　　　回＝　　　　　円 | | | | | | | |
| **2.　きゅう** | | | | | | | | 円　×　　　　回＝　　　　　円 | | | | | | | |
| **3.　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　2kmまで** | | | | | | | | 円　×　　　　回＝　　　　　円 | | | | | | | |
| **加算（　　　　　 km ）** | | | | | | | | 円　×　　　　回＝　　　　　円 | | | | | | | |
| 合　　　　　計 | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| ④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。  　令和　　　　年　　　　月　　　　日  　 施設の所在地  　　　　　　　 はり師、きゅう師　　名　称  氏　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　 電　話  はり師　　免許登録番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  きゅう師　免許登録番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤同意記録 | | 同意医師氏名 | | | | | | 住　　　　　　所 | | | | | 同意年月日 | | 傷　病　名 | | | 要　加　療　期　間 | | |
|  | | | | | |  | | | | | 年　　月　　日 | |  | | |  | | |
| 再同意医師氏名 | | | | | | 住　　　　　　所 | | | | | 同意年月日 | | 傷　病　名 | | | 要　加　療　期　間 | | |
|  | | | | | |  | | | | | 年　　月　　日 | |  | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者が記入するところ | ① | 被保険者証の  記号・番号 | | | | 記号 | | | |  | | | | ② | 被保険者  氏名  生年月日 | | | | |  | | | | | | 印 |
| 番号 | | | |  | | | | 生年月日 | 昭和・平成・令和  　　年 　　 月　　日 | | | | |
| ③ | 被保険者の  現住所 | | | | | | | 〒　　　　－　　　　　電話　　　　　（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④ | 事業所名称 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ | **被扶養者が施術を受けた場合は、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 昭和・平成・令和  　　年 　　 月　　日 | | | | | | | 被保険者  との続柄 |  | |
| ⑥ | 傷　病　名 | | | | | □神経痛　　　　□頚腕症候群　　　　□リウマチ　　　　□五十肩  　□腰痛症　　　　□頚椎捻挫後遺症　　□その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦ | 発病又は  負傷年月日 | | | | | 平成・令和　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧ | 発病又は負傷の原因  (詳細に記入) | | | | | い　　　つ・・・ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ど　こ　で・・・ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| どのように・・・ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑨ | 第三者によるものですか | | | | | | | | | | | | はい　　　　　・　　　　　いいえ | | | | | | | | | | | | |
| 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。 | | | | | | | | | | | | |
| ⑩ | 業務中に発生したものですか | | | | | | | | | | | | はい　　　　　・　　　　　いいえ | | | | | | | | | | | | |
| ⑪ | 施術を受けた  施術所 | | | | | | 名称 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| ⑫ | 施術を受けた日  （〇を付けてください） | | | | | | | | | 年 　 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　 【　　　日間】 | | | | | | | | |
| ※　暦月単位で１月につき１枚の申請が必要となります。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑬ | 再同意方法  (同意書が  無い場合) | | | □受　療　者  □家　　　族 | | | | | | | | | | | ・電話（　　　　月　　　　日）  ・診察日に口頭（　　　　月　　　　日）で同意を得た。 | | | | | | | | | | |
| □は　り　師  □きゅう師 | | | | | | | | | | | ・電話（　　　　月　　　　日）  ・文書（　　　　月　　　　日）で同意を得た。 | | | | | | | | | | |
|  | ※　同意医師へ確認させて頂くこともございますので、正確にご記入ください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （フリガナ）  払渡し希望  銀行の口座 | | |  | | | | | | | | | 預金の種類 | | 普通  当座 | | 口座  番号 | | |  | | | 口座名義人氏名（被保険者） | | | | |
| 信用組合  信用金庫  銀行 | | | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | |
|  | | | | | | | | | 氏名 |  | | | |
| 本　　店  支　　店 | | | | | | | | |

被保険者のマイナンバー記載欄

（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。　➜

|  |  |
| --- | --- |
| 受取代理人の欄 | 本申請に基づく給付金の受領を下記の代理人に委任します。　　令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　被保険者(申請者)  氏　名  　　　　　　　　　　（〒　　　-　　　　）　　℡　　　　（　　　　）  委任された者の  住所・電話番号  （フリガナ）  氏　　名  被保険者との関係 |

【添付書類】　領収書(原本)　　**●**医師の同意書(原本)

（初療日または医師の同意日から6か月の施術に対し有効となります。有効期限

後の施術分には医師の再同意書を添付してください。）

　　　　　　　　 【注意事項】　慢性病であって医師による適当な治療手段のないものが対象です。

（本人からの施術希望、医療機関で治療中の傷病等は支給対象になりません。）