療養費支給申請書（はり・きゅう）

支給決定	金額								理事長	専務理事	事務長	課長	係

施術所コード		保険種別	1 社国　3 後高 2 公費　4 退職	本家区分	2 本人・4 六歳・6 家族 8 高一　・　0 高7
給付割合	7　8　9				
公費負担者番号		保険者番号	0 0 4 0 3 0 2 2		
公費受給者番号		被保険者記号・番号	記号　番号		

被保険者氏名（世帯主・組合員）	（フリガナ） 男　女 明・大・昭・平　年　月　日生	被保険者住所	（フリガナ） 郵便番号 電話

療養が被扶養者に関するとき	被扶養者氏名	男　女	生年月日	明治 大正 昭和 平成　年　月　日	被保険者との続柄		

発病の原因及びその経過		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

初療年月日	施術期間	施術日数	発病又は負傷年月日
令和　年　月　日	自・令和　年　月　日～至・令和　年　月　日	日	

施術内容欄			
傷病名	1. 神経症　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（　　）		請求区分 新規・継続
初検料	1. はり　2. きゅう　3. はり・きゅう併用	円	転帰
1．はり	円 × 回＝	円	継続・治癒・中止・転医
2．きゅう	円 × 回＝	円	摘要
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	
一部負担金（1割・2割・3割）		円	
請求額		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		

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　年　月　日　はり師・きゅう師　住所

免許登録番号　氏名　㊞　電話

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
		令和　年　月　日		

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。

令和　年　月　日

福岡県歯科医師　市町村国民健康保険組合長殿

世帯主 組合員 被保険者 受給者　住所

氏名　㊞

支払機関欄

支払区分	預金の種類	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
1. 振込	1. 普通　2. 当座			
金融機関コード		支店コード	口座番号	
口座名義人		（口座名義人フリガナ）		

委任欄

本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。

令和　年　月　日

世帯主 組合員 被保険者 受給者　住所

氏名　㊞

代理人　住所

氏名　㊞

［記入上の注意］
・往療を要した場合は、摘要欄にその理由を記入してください。
・再同意書については、実際に医師からの同意を得ていれば必ずしも添付を必要としません。この場合には同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示がある場合にはその期間を［同意記録欄］に記入してください。