

申請書記入例 (はり・きゅう)

※申請内容の訂正方法については、別紙1の19をご確認ください。

(はり・きゅう用) 療養費支給申請書 (平成 28 年 10 月) 鍼灸 8 支払区分 2

保険証を確認のうえ、正確に記入してください。(別紙1の1参照)

施術月と施術期間を一致させてください。(別紙1の3参照)

この数字は変更しないでください。

広域連合から通知した支払区分(2又は3)を記入してください。

該当する項目に○をしてください。

必ず記入してください。(別紙1の4参照)

該当する傷病に○をしてください。その他の傷病の場合は、傷病名を記入してください。

保険証を確認のうえ、該当する割合(1割又は3割)を記入してください。(別紙1の1を参照)

申請日は、施術証明日と同日以降にしてください。(別紙1の11を参照)

免許登録番号又は施術者登録番号を記入してください。

広域連合から通知した番号(10桁)を記入してください。記入誤りがあると、支払いに支障がある場合があります。(別紙1の2参照)

同意年月日は、必ずその月施術を行うための根拠となっている同意日を記入してください。(別紙1の10参照)

この欄には何も記入しないでください。

往療料の算定の場合、往療する理由を記入してください(被保険者の状態について具体的な記入をお願いします。)(別紙1の18参照)

往料算定の場合、該当する項目に○をし、介護認定の数字を記入してください(「不明」又は「介護認定なし」の場合は、数字の記入は不要です。)

保健所に登録された区分により1又は2に○をしてください。

申請者は原則被保険者本人となります(後見人等の場合は、証する書類の写しを添付してください。)(別紙1の7参照)

注…別紙1とは「別紙1 療養費(はり・きゅう、あんま・マッサージ)支給申請に係る注意事項」を指します。

被保険者番号	00654321		保険者番号	3 9 4 3 1 0 0 2	
療養を受けた者の氏名	(フリガナ) コウキ ハナコ		性別	続柄	
後期 花子	女		発病又は負傷年月日	平成25年6月30日	
生年月日	明大昭 7 年 5 月 7 日		発病又は負傷の原因及びその経過	寝たきりで長時間横になっているため、腰部の痛みやしびれがある	
初療年月日	平成 25 年 7 月 3 日		施術期間	平成 28 年 10 月 3 日 ~ 平成 28 年 10 月 23 日	
傷病名	神経痛 リウマチ 頸腕症候群 五十肩 腰痛症 頸椎捻挫後遺症		実日数	5 日	
請求区分	新規		請求区分	継続	
初検料	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用		円	転帰	治癒 ・ 中止
施術内容欄	はり 円 × 回 =		円	【摘要】	
きゅう 円 × 回 =	円		脳梗塞後遺症等により、寝たきり状態であり、自力での歩行ができないため。また、入浴排泄についても全介助が必要であり、医療機関への受診も困難な為、主治医の往診を受けている。		
はり・きゅう併用 1,520 円 × 5 回 = 7,600 円	円		鍼灸 一部 3,6,12日 鍼灸 二部 20,23日		
電気針 円	円				
電気温灸器 30 円 × 5 回 = 150 円	円				
電気光線器具 円	円				
往療料(別紙「往療内訳書」のとおり)	9,000 円		不明		
合計	16,750 円		介護認定なし		
一部負担金 1 割	1,675 円		要支援		
請求額	15,075 円		要介護 5		
施術日	10 月 1 2 ③ 4 5 ④ 7 8 9 10 11 ⑫ 13 14 15 16				
通院○ 往療○	17 18 19 ⑩ 21 22 ⑮ 24 25 26 27 28 29 30 31				
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。	平成28年10月23日		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		
住所	熊本市東区健軍〇-〇-〇		名称 〇〇鍼灸院		
免許登録番号(施術者登録番号) 1111	はり師		氏名 鍼灸 一郎		
2222	きゅう師		電話 096-000-4321		
施術者コード 4382010011					
上記の療養に要した費用に関して療養費(医療費)の支給を申請し、その金額の受領を代理人に委任します。	〒862-0911				
平成28年10月23日	住所 熊本県東区健軍□-□-□		氏名 後期 花子		
被保険者(申請者)	熊本市中央区手取本町〇〇〇 △△施術師会		電話 096-000-1234		
熊本市東区健軍●-●-● □□病院	氏名 医師 太郎				
同意年月日 平成 28 年 9 月 25 日	傷病名 腰痛症				
要加療期間(指示のあった場合)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
預金種別 普通	金融機関名 △△銀行 △△支店				
口座番号 1 2 3 4 5 6 7	口座名義人 ホケン ハナコ				
代理人の氏名と印 保険 花子	代理人の住所 熊本市中央区手取本町〇〇〇 △△施術師会		備考欄		
同意医師住所 熊本市東区健軍●-●-● □□病院	氏名 医師 太郎				
同意年月日 平成 28 年 9 月 25 日	傷病名 腰痛症				
要加療期間(指示のあった場合)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				