

支 給 申 請 書 (令和6年10月分) (はり・きゅう用)

|                       |                                              |                               |                                  |                                     |                                                                    |                      |
|-----------------------|----------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | ○被保険者証等の記号番号<br><b>9 8 7 - 1 2 3 4</b>       |                               | ○発病又は負傷年月日<br>年    月    日        |                                     | ○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過<br><b>神経痛</b>                                 |                      |
|                       | 療養を受けた者の氏名<br><b>鍍金 花子</b><br>男・女 ○ <b>女</b> | (フリガナ) <b>メッキ ハナコ</b>         | 続柄<br><b>妻</b>                   |                                     | ○業務上・外、第三者行為の有無<br>( 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 (                  ) ) |                      |
|                       |                                              | 明・大・昭・平・令 <b>55年 2月 19日</b> 生 |                                  | ○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載） |                                                                    |                      |
| 施<br>術<br>内<br>容<br>欄 | 施 術 期 間<br>令和 年 月 日 ～ 至 令和 年 月 日             |                               |                                  |                                     | 実日数                                                                | 請 求 区 分<br>新 規 ・ 継 続 |
|                       | <b>実際に施術を受けた方のお名前や生年月日等をご記入ください。</b>         |                               |                                  |                                     |                                                                    |                      |
|                       | ※施術内容欄および施術証明欄は<br>施術管理者（施術者）へ記入を依頼してください。   |                               |                                  |                                     |                                                                    |                      |
|                       |                                              |                               |                                  |                                     |                                                                    |                      |
|                       |                                              |                               |                                  |                                     |                                                                    |                      |
|                       |                                              |                               |                                  |                                     |                                                                    |                      |
|                       |                                              |                               |                                  |                                     |                                                                    |                      |
|                       |                                              |                               |                                  |                                     |                                                                    |                      |
|                       |                                              |                               |                                  |                                     |                                                                    |                      |
|                       |                                              |                               |                                  |                                     |                                                                    |                      |
| 施<br>術<br>証<br>明<br>欄 | 上記の<br>令和<br>登録記録番号                          |                               |                                  |                                     | 電話                                                                 |                      |
|                       | 令和 6 年 11 月 1 日                              |                               |                                  |                                     | 〒123-5678                                                          |                      |
| 申<br>請<br>欄           | 上記の療養に要した費用に関して、療養費の支払<br>令和 6 年 11 月 1 日    |                               |                                  |                                     | 東京都 ◆◆ 区 ●● 7-8-9                                                  |                      |
|                       | 関東めつき健康センター                                  |                               |                                  |                                     | 氏名 <b>鍍金 太郎</b> 電話 03-0000-0000                                    |                      |
| 支<br>払<br>機<br>関<br>欄 | 支払区分<br>1. 振込                                |                               | 預金の種類<br>1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段 |                                     | 金融機関名<br>▲▲ <b>銀行</b> <b>金庫</b> <b>農協</b> ◆◆                       |                      |
|                       | 口座名義<br>カタカナで記入 <b>メッキ タロウ</b>               |                               | 口座番号                             |                                     | 2 3 4 5 6 7 8                                                      |                      |
| 同<br>意<br>記<br>録      | 同意医師の氏名<br><b>整形 二郎</b>                      |                               | 住 所<br><b>東京都 ◆◆ 区 ●● 3-2-1</b>  |                                     | 同意年月日<br>令和 6 年 9 月 1 日                                            |                      |
|                       |                                              |                               |                                  |                                     | 傷 病 名<br><b>神経痛</b>                                                |                      |

**<記入にあたっての注意事項>**

- ・ 申請書は暦日を単位として作成してください。
- ・ 「施術内容欄」および「施術証明欄」は、施術管理者（施術者）へ記入を依頼してください。
- ・ 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。

**<添付書類>** 療養費申請の際は、この申請書のほかに以下の添付書類が必要です（①は必須、②～⑤は該当する場合のみ必要）

- |                           |                                     |
|---------------------------|-------------------------------------|
| ① 施術に要した費用の領収書（原本）        | ※必須                                 |
| ② 医師の同意書（原本）              | ※初回同意を受けたとき または 6か月を超えて引き続き施術を受ける場合 |
| ③ 施術報告書（写し）               | ※施術報告書交付料の算定が行われている場合               |
| ④ 往療状況確認表                 | ※往療の施術を受けた場合（施術者から記入を受けてください）       |
| ⑤ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書 | ※初療日から1年以上経過 かつ 月に16日以上施術を受けた場合     |