

被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過	
1	2	3	4	年 月 日	脳梗塞後遺症
療養を受けた者の氏名		(フリガナ) ケンボ トモコ		続柄	
健保 智子		男 女		妻	
大 昭・平・令		48 年 5 月 16 日生		○業務上・外、第三者行為の有無 (1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()) ○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)	
大 昭・平・令		48 年 5 月 16 日生		請求区分 規・継続 帰 療・治癒・中止・転医 摘 要	
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。		施術期間		実日数	
※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。		26 27 28 29 30 31			
施術内容欄		26 27 28 29 30 31			
往療料		26 27 28 29 30 31			
施術報告書交付		26 27 28 29 30 31			
施術日 訪問1①		26 27 28 29 30 31			
通所○ 訪問2②		26 27 28 29 30 31			
往療◎ 訪問3③		26 27 28 29 30 31			
○往療又は訪問の理由		26 27 28 29 30 31			
上記のとおり施行 令和		26 27 28 29 30 31			
免許登録番号		26 27 28 29 30 31			
上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を 令和 6 年 11 月 1 日		26 27 28 29 30 31			
関東めつき健康保険		26 27 28 29 30 31			
支払区分 1. 振込		26 27 28 29 30 31			
預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		26 27 28 29 30 31			
金融機関名 銀行 金庫 農協		26 27 28 29 30 31			
口座番号 7 6 5 4 3 2 1		26 27 28 29 30 31			
同意医師の氏名 整形外科 二郎		26 27 28 29 30 31			
住 所 東京都◆◆区●●3-2-1		26 27 28 29 30 31			
同意年月日 令和 6 年 9 月 1 日		26 27 28 29 30 31			
傷 病 名 脳梗塞後遺症		26 27 28 29 30 31			
要加療期間		26 27 28 29 30 31			

＜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 |