

決 済	理事長	事務長	課長(補)	係

受付年月日

療養費 支給申請書 (はり・きゅう用) 【 年 月分 】

被保険者証	記号	番号				
療養を受けた被保険者氏名	生年月日		昭・平	年 月 日		
組合員との続柄	1 本人	2 家族	3 その他 ()			
施 術 内 容 欄	初療年月日	年 月 日	請求区分	新規・継続	転記	治癒・継続・中止・転医
	施術期間	自 年 月 日	～ 至 年 月 日	実日数	日	
	傷病名	1 神経痛 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 ()				
	発病又は、負傷の原因及びその経過	1 業務上 2 第三者行為 3 その他 摘要				
	初検料	1 はり	2 きゅう	3 はり・きゅう併用	円	
	施術料	はり	円 ×	回 =	円	
		きゅう	円 ×	回 =	円	
		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	4kmまで	円 ×	回 =	円	
4km超		円 ×	回 =	円		
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月)	円 ×	回 =	円			
上記費用金額の合計				円		
施術日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	※通院は○、往療は◎				
	月 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					
施 術 証 明 書	上記のとおり施術を行いました。					
	年 月 日	住所				
	免許登録番号: はり師	氏名 ㊞				
免許登録番号: きゅう師	電話番号					
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	
振 込 先 口 座	銀行・信金 労金・農協		本店・支店			
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号			
	フリガナ					
	口座名義人					
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、必要書類を添えて申請します。					
	年 月 日	住所				
	組合員 氏名 ㊞					
	長野県医師国民健康保険組合理事長 殿					

※太枠の中を記入してください

- <添付書類> ①領収書(原本) ②初回および6か月毎に医師の同意書(原本)
③その他費用算定に必要なもの(該当する場合)

給付割合	割	支給額	円
------	---	-----	---