

記入例

障 医療助成費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

医療保険の給付割合の該当数字に○をする。
給付割合が7割の場合、空欄にするか、
欄外に「7」と記入。

給付割合		
8	9	10

提示されたマル障受給者証番号の「公費負担者番号」
及び「受給者番号」を記入する。

保険者番号

○傷病名、発症又は経過

マイナ保険証または資格確認書に記載の保険者番号
を記入。

※月途中に保険者が変更になった場合には、
保険者ごとに申請書を分けてご提出ください。

和暦で数字を記入

施術期間

実日数

請求区分

() 年 月 日

年 月 日

年 月 日

日

新規・継続

傷病名

1. 神経痛

2. リウマチ

3. 頸腕症候群

4. 五十肩

転

帰

5. 腰痛症

6. 頸椎捻挫後遺症

7. その他 ()

継続・治癒・中止・転医

◆合計

施術に係る合計金額を記入。

◆一部負担金

医療保険の負担割合分を記入。

Ex) 3割負担の受給者の場合、「3割」に○をつけ、
合計金額から請求額を引いた金額を記入。

◆請求額

保険請求額を記入。

Ex) 3割負担の受給者の場合、合計金額の7割分の金額。
端数は切り捨て。

◆施術期間

受領委任の取扱開始日／廃止日が月途中の場合は
施術期間欄の記載に注意してください。

Ex) 令和8年4月6日が取扱開始日の場合、施術期間欄の始期
は令和8年4月1日ではなく、「令和8年4月6日」と記入。

◆実日数

「施術日 (○or◎を付ける箇所) の数と一致するよう
記入。

明細書発行加算

円× 回= 円

一部負担金相当額 (医療助成費)

合計

円

一部負担金 (1割・2割・3割)

円

請求金額 (医療助成費)

請求額

円

施術日 訪問1①

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

通所 訪問2②

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

関東信越厚生局から付番された登録記号番号を
必ず記入する。

施術管理者登録記号番号

施術管理者

上記の療養に要した費用に関して、助成費の支給を申請します。

年 月 日

申請者
(被保険者)

殿

支払区分

1. 振

込

2. 銀

行

送

金

預金の種類

1. 普通

2. 当座

3. 郵便局送金

4. 当

地

払

3. 通知

4. 別段

口座名義
カタカナで記入

口座番号

郵便局

同意医師の氏名

住

所

同意年月日

傷

病

名

要加療期間

◆口座番号が8桁未満の場合、桁不足の部は0 (ゼロ) で埋めず、空欄にする。

◆ゆうちょ銀行の場合、口座番号8桁目の「1」を除いた7桁を記入する。

※ この助成費の受領の代理人への委任は、心身障害者医療費助成制度の施術療養費に係る取扱要領に従い行われるものです。
※ 助成費に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に署名してください。
※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし
当該患者から押印を受けてください。