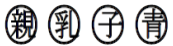


記入例



医療助成費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

機関コード

公 費 負 担 者 番 号										特記事項			1 社 国	3 後 高	2 本 外	8 高 外 一	給 付 割 合																		
公 費 受 給 者 番 号													2 公 費		4 六 外	6 家 外	0 高 外 7	8	9	10															
被 保 険 者 欄	施術の回数が月16回を超える場合、 こちらの様式を使ってください。 記載上の注意事項は、「別記第3号様式の1」を 参照してください。																																		
施 術 内 容 欄	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																										
	初検料（1はり 2きゅう 3はりきゅう併用）		円																		摘 要														
	施 術 料	は り ・ き ょ う	施術の種類		1術		回		2術		回																								
			通所		円×		回＝				円																								
			（月16回以降の施術に係る50%減）		円×0.5×		回＝				円																								
			訪問施術料 1		円×		回＝				円																								
			（月16回以降の施術に係る50%減）		円×0.5×		回＝				円																								
			訪問施術料 2		円×		回＝				円																								
			（月16回以降の施術に係る50%減）		円×0.5×		回＝				円																								
			訪問施術料 3（3人～9人）		円×		回＝				円																								
			（月16回以降の施術に係る50%減）		円×0.5×		回＝				円																								
			訪問施術料 4（10人～19人）		円×		回＝				円																								
	（月16回以降の施術に係る50%減）		円×0.5×		回＝				円																										
	訪問施術料 5（20人以上）		円×		回＝				円																										
	（月16回以降の施術に係る50%減）		円×0.5×		回＝				円																										
	電療料（加算／ 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具）		円×		回＝				円																										
	（月16回以降の施術における加算に係る50%減）		円×0.5×		回＝				円																										
	特 別 地 域（加 算）		円×		回＝				円																										
	往 療 料		円×		回＝				円																										
施術報告書交付料（前回支給： 年 月分）		円×		回＝				円																											
明 細 書 発 行 加 算		円×		回＝				円																											
合 計		円																		一部負担金相当額（医療助成費）															
※集中率90%以上の施設等入居者（80%減対象）【該当の場合○】				減後合計額		円																													
一部負担金（1割・2割・3割）		円																																	
請 求 額		円																		請求金額（医療助成費）															
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																																		
往療◎	訪問3③																																		
	訪問4④																																		
○往療又は訪問の理由（ 1. 徒歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 3. その他（ ） ）																																			
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。																		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														
	年 月 日 施術所 所在地																		〒																
申 請 欄	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 住所																		殿（被保険者）		氏名 電話														
支 払 機 関 欄	支払区分						預金の種類						金融機関名						銀行 本店																
	1. 振 込 2. 銀 行 送 金 3. 郵便局送金 4. 当 地 払						1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段												金庫 支店 農協 出張所																
口座名義カタカナで記入								口座番号														郵便局													
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																		
									年 月 日																										

本申請書に基づく助成費に関する受領を代理人に委任します。		年 月 日	
申請者	住所	代理人	住所
(被保険者) 氏名		氏名	

※ この助成費の受領の代理人への委任は、 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、 から押印を受けてください。