

医療助成費支給申請書 (年 月分) (はり・きゆう用) 記入例

公費負担者番号		機関	医療保険の給付割合 該当するものに〇、7割の場合は欄外に「7」と記載	給付割合	8	9	10																										
公費受給者番号		特記																															
提示された医療証の公費負担者番号、受給者番号を記入		種類	05 鍼灸																														
		保険者番号																															
被保険者欄	○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	保険証に記載の保険者番号を記入。 ※月途中で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御提出下さい。																													
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	○業務上																													
	大・昭・平・令			(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、保険証住所地と異なる場合に記載)																												
施術内容欄	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分																													
	年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 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																														
	初検料 (1はり 2きゆう 3はりきゆう併用)		円	摘 要																													
	はり・きゆう	◆一部負担金相当額について ・マル親(81137・・・)、マル乳、マル子・マル青(証の右上に「通院負担有200円」の記載がないもの)は一部負担金相当額はゼロ ・マル親(81136・・・)は、1割負担 ・マル子・マル青(証の右上に「通院負担有200円」の記載があるもの)は1回200円(ただし、200円に満たない場合はその額) (マル子・マル青の記載例 200円に満たないときがあった場合) 摘要欄に一部負担金相当額の内訳を記載してください。 (例) (自己負担額等内訳) 施術料 一部負担相当額 (マル子・マル青) 〇〇日 1,000円 200円 〇〇日 400円 120円 〇〇日 800円 200円																															
	通所																																
	訪問施術料 1																																
	訪問施術料 2																																
	訪問施術料 3 (3人～9人)																																
訪問施術料 3 (10人以上)																																	
往療料	円 ×	回 =	円	一部負担金相当額 (医療助成費)																													
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円 ×	回 =	円																														
合 計			円	請求金額 (医療助成費)																													
一部負担金			円	請求金額 (医療助成費)																													
請			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																																
月																																	
○往療又は訪問の理由 (1. 独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																																	
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	所在地		名称																														
施術管理者登録記号番号	氏名		電話																														
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。	申請者 (被保険者)		住所																														
月 日	氏名		電話																														
関東信越厚生局から付番された登録記号番号(10桁)を必ず記入	氏名		電話																														
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	1. 普通 2. 当座				金庫 支店																												
3. 郵便局送 4. 当地払	3. 通知 4. 別段				農協 出張所																												
口座名義	口座番号				郵便局																												
カタカナで記入																																	
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(㊟㊟㊟㊟)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。