

保 險 者 欄	決 裁 手 続 欄						申請年月日								
	保険者番号					支給申請書整理番号					療養区分	資格	特定	給付	一部負担金
	法制番号		区 分					はり・きゅう	証明書	疾患	割合	合	認定	減額	減免
	一般	退職	本人	家族	6歳	高(一定以上)	高(一般)							1	1
	75	67	1	2	3	7	9	5	1	1			1	2	

国民健康保険療養費支給申請書（はり・きゅう）（ 月分、第 回）

被 保 險 者 欄	被保険者証記号番号	個人番号	療養を受けた者の氏名	性別	生年月日	続柄
			男・女		昭平 年 月 日生	
	傷病名	発病又は負傷年月日	発病又は負傷の原因及びその経過	業務上・外、第三者行為の有無		

施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分	転帰
	年 月 日	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日	日	新規・継続	治癒・中止

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 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症				左記傷病の初診年月日
						年 月 日
	初検料	円				摘 要
	はり	円 × 回 = 円				
	きゅう	円 × 回 = 円				
はり、きゅう併用	円 × 回 = 円					
電療料	円 × 回 = 円					
往 療 料		円 × 回 = 円				
加 算 (Km)		円 × 回 = 円				
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	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

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。																														
	平成 年 月 日										住所 _____																				
	はり師、きゅう師										氏名 _____ 印 電話 () _____																				

請 求 欄	上記のとおり療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。																														
	平成 年 月 日										住所 _____																				
	壬生町長 小菅一弥 様										氏名 _____ 印 電話() _____ 個人番号 _____																				

支 払 方 法 欄	1 現金	振込先	銀行 信金 信組 農協	支店 支所	金融機関コード		_____																													
	2 口座振込				種別	口座番号	口座名義人（カタカナで記入）																													

同 意 記 録 欄	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷病名	要加療期間
	再同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷病名	要加療期間

備 考 欄	決 定 欄	費 用 額				円
		負 担 区 分	支給決定額			
			（保険者負担額）1			
			一部負担金2			
他法	他法優先3					
		負担分	国保優先4			

記入上の注意

1. 施術内容欄の傷病名、初回の施術内容については、該当する項目を○で囲んで下さい。
2. 「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項を記入して下さい。
3. 初療の日から3か月を経過した時点における同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付は要しません。この場合には、同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示等がある場合にはその期間を「同意記録」欄に記入して下さい。