

健康保険

療養費支給申請書

はり・きゅう用

2枚目

令和		年		月分																													
被 保 険 者 欄	被保険者等記号番号		記号	番号	続柄	本人・家族																											
	療養を受けた者の氏名			男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日生																											
	傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)																																
	発病または負傷原因 及びその経過																																
施 術 内 容 欄	初療年月日		施 術 期 間				実日数	請求区分																									
	平成 令和 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.頰腕症候群 4.五十肩 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他 ()				転 帰 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・きゅう		1術	回	2術	回																										
		通所		円×		回＝	円																										
		訪問施術料 1		円×		回＝	円																										
		訪問施術料 2		円×		回＝	円																										
		訪問施術料 3 (3人～9人)		円×		回＝	円																										
		訪問施術料 3 (10人以上)		円×		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																											
	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																											
	費 用 額 合 計						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																																	
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.認知症や精神障害などにより独歩による外出困難 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																										
	令和 年 月 日				はり師・きゅう師 所在地																												
	はり師免許登録番号				施術所名																												
	きゅう師免許登録番号				施術者名 TEL																												
同 意 記 録	同意医師 の氏名		同意年月日		令和 年 月 日		要加療期間																										
	住 所				傷病名																												