

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (はり・きゅう)

1 2
 施術者(はり師・きゅう師)記入用

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 施術者(はり師・きゅう師)記入欄 施術内容欄 | 6 初検年月日 | (令和) 年 月 日 | 申請区分 | 新規 ・ 継続 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7 施術期間 | (令和) 年 月 日 | から | 年 月 日 | 日数 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 傷病名 | <input type="checkbox"/> 神経痛 (部位:) <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 () | | | 転帰 | <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 初検料 | <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> はりきゅう併用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | はり・きゅう | 施術の種類 | 1術 | 回 | 2術 | 回 | 摘要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 費用総額 | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術日 訪問1① 通所○ 訪問2② 往療◎ 訪問3③ | 月 | 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 |
| 往療又は訪問の理由 | 1. 独歩による公共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 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。 (令和) 年 月 日 | 保険所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 (所在地) 施術所名 氏名 電話 () | 免許登録番号 はり師 免許登録番号 きゅう師 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同意医師の氏名 | 同意医師の住所 | 同意年月日 | 傷病名 | 要加療機関 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--------|----------|
| 決定年月日 | 令和 年 月 日 |
| 支払年月日 | 令和 年 月 日 |
| 支給決定金額 | 円 |
| 常務理事 | 事務長 担当者 |

| | |
|------|-------|
| 支払済印 | 受付日付印 |
|------|-------|