

療 養 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 退職 6 家外 0 高外7  | 8    | 9 | 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 区 市 町 村 番 号   |  |  |  |  |  |  |  |  |           | 種類 05 鍼灸              |      |   |    |  |  |  |  |  |  |  |
| 受 給 者 番 号     |  |  |  |  |  |  |  |  | 保 険 者 番 号 |                       |      |   |    |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                   |                                     |                          |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |                                |           |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------|----------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 欄                                                                         | ○被保険者等記号番号                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     | ○発病又は負傷年月日                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  | ○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過    |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                   |                                     |                          |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     | 年 月 日                          |           |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                   | 療 養 を 受 け た 者 の 氏 名                 | (フリガナ)                   |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |                                | 続 柄       |  |  |  |  |  |  |  |  |                         | ○業務上・外、第三者行為の有無                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                   |                                     | 男 ・ 女                    |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |                                |           |  |  |  |  |  |  |  |  |                         | ( 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ( ) )         |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                   |                                     | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日生 |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |                                |           |  |  |  |  |  |  |  |  |                         | ○施術した場所 (入居施設や住所地地特例等、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 きゅう 3 はりきゅう併用)          |                          |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     | 円                              |           |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  | 摘 要                |       |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                   | 施 術 料                               | はり ・ きゅう                 |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |                                | 施術の種類     |  |  |  |  |  |  |  |  |                         | 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                      |           |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合 計                                                                               |                                     |                          |  |  |  |  |  |  |  | 円                                                                                   |                                |           |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 一部負担金 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)                                                           |                                     |                          |  |  |  |  |  |  |  | 円                                                                                   |                                |           |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 請 求 額                                                                             |                                     |                          |  |  |  |  |  |  |  | 円                                                                                   |                                |           |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施術日 訪問1 ①                                                                         |                                     |                          |  |  |  |  |  |  |  | 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 ②                                                                              |                                     |                          |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |                                |           |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 往療 ③                                                                              |                                     |                          |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |                                |           |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ○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. 認知症や視覚、内部、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                            |                          |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     | 施術所                            |           |  |  |  |  |  |  |  |  | 所在地                     |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申 請 欄                                                                             | 令和 年 月 日                            |                          |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     | 申請者 (被保険者)                     |           |  |  |  |  |  |  |  |  | 住所                      |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                   | 神 奈 川 県 電 設 健 康 保 険 組 合 殿           |                          |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     | 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 金庫 支店 農協 出張所 |       |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                   | 1. 振 込 2. 銀 行 送 金 払 3. 通 知 4. 当 地 払 |                          |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     | 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段        |           |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                   |                                     |                          |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                     |                                |           |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日                |                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |       |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請者 住所                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 代理人 住所   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (被保険者) 氏名                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程 (平成30年6月12日保発0612第2号通知) に従い行われるものです。

※ 給付金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。