

健康保険 被保険者
被扶養者 療養費支給申請書 (はり師・きゅう師記入用) 2 / 2

※記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、施術者による署名または押印が必要です。

患者氏名																																									
はり師・きゅう師が記入するところ	初療年月日	平成 令和	年	月	日	請求区分	新規 ・ 継続		転帰		継続 ・ 治癒 ・ 中止 ・ 転医																														
	施術期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで										実日数		日																											
	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 7. その他()																																							
	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																														
		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																																
明細書発行加算					円 ×		回=		円																																
費 用 額 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																																								
○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	上記の通り施術を行い、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																																								
	免許登録番号										住所																														
	_____										はり師・きゅう師 氏名		TEL ()																												
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																													

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません