

**申請書記入例
(はり・きゅう)**

保険証を確認のうえ、正確に記入してください。
(別紙1の1参照)

施術月と施術期間を一致させてください。
(別紙1の3参照)

この数字は変更しないでください。

広域連合より通知した、支払区分(2又は3)を記入してください。
(別紙1の2参照)

(はり・きゅう用)

療養費支給申請書 (平成 30年 10月)

鍼灸 7 支払区分 3

該当する項目に○をしてください。

必ず記入してください。
(別紙1の4参照)

該当する傷病に○をしてください。その他の傷病の場合は、傷病名を記入してください。

同意期間内に1回の支給とします。前回支給日は直近で交付料を支給された年月を記入してください。

保険証を確認のうえ、該当する割合(1割又は3割)を記入してください。

申請日は、施術証明日と同日以降にしてください。
(別紙1の11参照)

広域連合より通知した番号(9桁)を記入してください。記入誤りがあると、支払いに支障がある場合があります。
(別紙1の2参照)

被保険者番号		00987654		保険者番号		3 9 4 5 2 0 1 6	
療養を受けた者の氏名		(フリガナ) コウイキ タロウ		性別		続柄	
広域 太郎		男		発病又は負傷年月日		平成24年 6月 30日	
生年月日		明大昭 7年 5月 7日		発病又は負傷の原因及びその経過		寝たきりで長時間横になっているため、腰部の痛みやしびれがある。	
初療年月日		平成 24年 7月 3日		施術期間		平成 30年 10月 3日 ~ 平成 30年 10月 23日	
傷病名		神経痛		リウマチ		頭腕症候群	
初検料		1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用		円		転帰	
施術料		はり 1,540 円 × 5 回 = 7,700 円		円		【摘要】	
電気針		30 円 × 5 回 = 150 円		円		脳梗塞後遺症等により、寝たきり状態であり、自力での歩行ができないため。また、入浴及び排泄についても全介助が必要であり、医療機関への受診も困難の為、主治医の往診を受けている。	
往療料		9,300 円		円		往療料算定の場合、往療する理由を記入してください(被保険者の状態について具体的な記入をお願いします。)(別紙1の19参照)	
合計		17,150 円		円		介護認定なし	
一部負担金		1 割 1,543 円		円		要支援	
請求額		15,607 円		円		要介護 5	
施術日		10月 1 2 ③ 4 5 ⑥ 7 8 9 10 11 ⑬ 13 14 15 16		通院○ 往療○			
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30年10月23日		住所		宮崎市橋通東〇-〇-〇	
申請欄		上記の療養に要した費用に関して療養費(医療費)の支給を申請し、その金額の受領を代理人に委任します。 平成30年10月23日		住所		宮崎市宮田町〇-〇-〇	
支払機関欄		預金種別 普通		金融機関名		△△銀行 △△支店	
同意欄		代理人の氏名と印 保険 太郎		住所		宮崎市旭〇〇 〇〇病院	
同意年月日		平成 30年 10月 1日		傷病名		腰痛症	

往療料算定の場合、往療する理由を記入してください(被保険者の状態について具体的な記入をお願いします。)(別紙1の19参照)

往療料算定の場合、該当する項目に○をし、介護認定の数字を記入してください(「介護認定なし」の場合は、数字の記入は不要です。)。また、不明の場合は「不明」と【摘要】欄に記入してください。(別紙1の14参照)

申請者は原則被保険者本人となります(後见人等の場合は、証する書類の写しを添付してください。)(別紙1の6参照)

同意書に記載されている傷病名を記入してください。

同意年月日は、必ずその月施術を行うための根拠となっている同意日を記入してください。
(別紙1の10参照)

この欄には何も記入しないでください。

注...別紙1とは「別紙1 療養費(はり、きゅう、あん摩)支給申請に係る注意事項」を指します