

様式第19号 (第37条関係)

療養費支給申請書(はり・きゅう)

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9	給付割合		
公費受給者番号											2 公費	4 退職	4 三外	0 高外8	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	○被保険者証等の記号・番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名					
					年 月 日									
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)				続柄	○発病又は負傷の原因及びその経過							
		年 月 日生					○業務上・外、第三者行為の有無							
												1 業務上 2 第三者行為である 3 その他		

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 年 月 日 ~ 至 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																									
			5 腰痛症		6 頸椎捻挫後遺症		7 その他 ()																											
	施術料	はり					円×	回=	円																									
		きゅう					円×	回=	円																									
		はり・きゅう併用					円×	回=	円																									
		電療料 (1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)					円×	回=	円																									
	往診料	4kmまで				円×	回=	円																										
	往療料	4km超				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	通院○	往療○	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

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		
	年 月 日				施術所		所在地				
	登録記号番号 (又は申出た施術者登録番号)				名称		氏名				
				施術管理者		氏名				電話	

申請欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。				〒								
	年 月 日				申請者								
大田原市長 様				(被保険者)		住所		氏名				電話	

支払機関欄	支払区分		口座種別		金融機関		銀行		本店		
	1 口座		1 普通				信金		支店		
		2 現金		2 当座				信組		出張所	
						農協				支所	
(フリガナ)						口座番号					
口座名義											

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	
					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。				年 月 日			
申請者 住所		代理人 住所					
(被保険者) 氏名		氏名					