

決裁	理事長	事務長	課長(補)	係	受付年月日

療養費 支給申請書 ( はり・きゅう用 ) 【 令和 年 月分 】

被保険者	記号	番号																	
療養を受けた被保険者氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日																
組合員との続柄	1 本人 2 家族 3 その他 ( )																		
施術内容欄	初療年月日	年 月 日	請求区分	新規・継続	転記	治癒・継続・中止・転医													
	施術期間	自 年 月 日	～ 至 年 月 日	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 ( )																	
	発病又は、負傷の原因及びその経過	1 業務上 2 第三者行為 3 その他 摘要																	
	初検料	1 はり 2 きゅう 3 はり・きゅう併用 円																	
	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												
	往療料	4kmまで	円	×	回	=	円												
4km超		円	×	回	=	円													
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月)	円	×	回	=	円														
上記費用金額の合計					円														
施術日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 月 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 ※通院は○、往療は◎																		
施術証明書	上記のとおり施術を行いました。 令和 年 月 日 住所 免許登録番号: はり師 氏名 免許登録番号: きゅう師 電話番号																		
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														
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する者は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。振込先口座の記入が不要になります。																			
<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する																			
⇒ お振込先の口座を ご記入ください。	銀行・信金 労金・農協			本店・支店															
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号																
	フリガナ																		
	口座名義人																		
申請欄	上記の療養に要した費用に関して、必要書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 住所 組合員 氏名 TEL ( ) 長野県医師国民健康保険組合理事長 殿																		

※太枠の中を記入してください

- <添付書類> ①領収書 (原本) ②初回および6か月毎に医師の同意書 (原本)  
③その他費用算定に必要なもの (該当する場合)

給付割合	割	支給額	円
------	---	-----	---