療養費支給申請書

(令和 年 月分)

(はり・きゅう 償還払用)

被 保 険 者 欄	区 分	記 号	番 号(右詰め)	被 保 険 者				事業所・所属・連絡先				
	一 般			氏 名				事業所名				
	任意継続	9 0 0 0		生年月日	昭・平	年	月	日生	所属名			
	特例退職	9 5 0 0						連絡先	- -			
療 養 を 受 け た 者	(フリガナ)			性 別	男・女	生 年 月 日	昭・平・令	年	月	日 生	続 柄	
傷 病 名						発病又は負傷の年月日	年 月 日					
発症又は負傷の原因及びその経過												
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() 施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)												
申 請 欄	下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。(なお、療養費の振込先は農中健保へ届出ている口座とします。)											
	令和 年 月 日 農林中央金庫健康保険組合理事長 殿 申 請 者 住 所 〒 (被 保 険 者) 氏 名											
※ ☐ 本申請の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)												
事業主への受領委任 (特例・任継の方は記入不要)			本請求に基づく給付金の受領を事業主 (会社名をご記入ください、支店名は不要) に委任します。 被保険者名									

被保険者の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄

【はり師・きゅう師記入欄】

施 術 内 容 欄	初療年月日	平・令	年	月	日	施術期間	自	令和	年	月	日	実日数																					
	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()							請求区分	新規・継続																							
									転 帰	継続・治療・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 内 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																							
費用額合計										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 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 ☐		施術所所在地 ☐		出張専門施術者住所地																					
	令和 年 月 日							所在地 〒																									
	免許登録番号 はり師							施術所名																									
免許登録番号 きゅう師							氏 名		電 話																								
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																										

(健康保険組合使用欄)

支給・支払伺

支 給 額	法 定					円
	付 加					円
	計					円

受付日	決定日	処理日	常務理事	事務長	係
-----	-----	-----	------	-----	---