

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号・番号		生 年 月 日		被保険者 氏 名	(フリガナ)			
	—		昭和・平成・令和 年 月 日						
	事業所	名 称							
		所在地							
	被扶養者が施 術を受けた時 は、その者の		氏 名	生 年 月 日		被保険者 との続柄			
				年 月 日					
	被 保 険 者 の 住 所		(フリガナ) 〒						
	傷 病 名		<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩 ※該当する□に✓をしてください。						
			<input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	発病又は負傷の年月日		昭和・平成・令和 年 月 日						
	発病又は負傷の原因		い つ						
			どこで						
			どのように						
	第三者の行為によるものですか		・はい		・いいえ		※「はい」の時は第三者の行為による被害届の提出が必要です。		
業務中又は通勤途中に発生した ものですか		・はい		・いいえ					
施術を受けた施術所の 名称及び所在地		名 称							
		所在地							
施術を受けた日 ※○を付けてください。		年 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 【 日間】					

委 任 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の者に委任します。		
	令和 年 月 日		
	住所		
	被保険者の 氏名		
委任された者の		事業所所在地	
		事業所名称	
		事業主氏名	

令和 年 月 日 提出

受付日付印

※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。

被保険者証の記号番号を記載された場合は不要です。(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	
-----	--

施術内容証明書 (はり、きゅう用)

2/2

受診者欄	受診者氏名		生年月日		性別	本人																											
			昭和 平成 令和 年 月 日		男・女	家族																											
はり師・きゅう師記入欄	初療年月日		施術期間		実日数	請求区分																											
	平成・令和 年 月 日		令和 年 月 日～令和 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 ()			転帰																											
						継続・治癒・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																													
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	月																															
○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 ())																																	
上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。		令和 年 月 日		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																												
免許登録番号 _____ はり師		施術所		所在地																													
免許登録番号 _____ きゅう師		施術管理者		氏名																													
				電話番号																													
同意記録	同意医師氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間																												
			年 月 日																														
	再同意医師氏名	住所	再同意年月日	傷病名	要加療期間																												
			年 月 日																														

【添付書類】 ●領収書 (原本)

●医師の同意書 (原本)

医師の同意書は、初療日又は医師の同意日から6ヵ月(※)の施術に対して有効となりますので、有効期間内の2回目以降の請求にあたっては同意書の添付を省略することができます。なお、有効期間後の施術分については再度、医師の同意書を添付してください。

※初療日又は医師の同意日が月の15日以前の時は当該月の5ヵ月後の月末、16日以後の時は当該月の6ヵ月後の月末となります。

●施術報告書 (写し)

施術報告書交付料がある場合は施術者より施術報告書 (写し) の交付を受けて添付してください。

【注意事項】 慢性病であつて医師による適当な治療手段がないものが対象です。
(本人からの施術希望、医療機関で治療中の傷病等は支給対象になりません)