

## 療養費支給申請書兼領収書 (はり・きゅう)

(平成 年 月分, 第 回)

区	一般	
分	退職本人	
	退職扶養	

被保険者欄	記号番号											住所																						
	世帯主氏名											療養を受けた者の氏名											男女	生年月日	年	月	日	続柄						
	傷病名											発症または負傷年月日											平成	年	月	日								
	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										発病または負傷の原因およびその経過																						
施術内容欄	初療年月日	平成	年	月	日	施術期間	年 月 日 ~ 年 月 日										実日数	日	請求区分	新規継続	転帰	継続中止	治療転医											
	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 ( )										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																															
	欄	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 (2kmまで)	円 × 回 = 円																															
		加算 ( km)	円 × 回 = 円																															
		加算 ( km)	円 × 回 = 円																															
費用額合計		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. 出張専門施術者所在地																						
	平成 年 月 日										免許登録番号	はり師 名称 所在地 氏名										印	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。										平成 年 月 日	世帯主 住所 氏名	印 電話 ( )																					
	(あて先) 福岡市 区長																																	
振込先	金融機関名	銀行・農協										本店・支店・出張所																						
	口座番号	普通	口座名義人 (フリガナ)																															
領収欄	支給額	円 領収しました。										平成 年 月 日	世帯主 住所 氏名	印																				
同意記録	医師氏名	住所										同意年月日	平成 . .	傷病名	要加療期間																			

## 記入上の注意

1. 施術内容欄の傷病名, 初回の施術内容については, 該当する項目を○で囲んでください。
2. 「摘要」欄は往療を必要とした理由, 施術に関する特記事項等を記入してください。
3. 初療の日から3ヶ月を経過した時点における同意書については, 実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付は要しません。この場合には, 同意をした医師の氏名, 住所, 同意年月日, 傷病名, 要加療期間の指示等がある場合にはその期間を「同意記録」欄に記入してください。

※ 申請人は太枠のみ記入してください。  
 ※ 振込先口座は, 世帯主の口座に限ります。  
 ※ 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任する場合は, 別紙委任状を添付してください。

上記のものについて, 支給・不支給を決定してよろしいか。

査定金額	円	決裁年月日	平成 年 月 日	決裁	課長	係長	係員
支給金額	円	決定通知年月日	平成 年 月 日				
受付印	給付記録	支払年月日	平成 年 月 日				
		受付年月日	平成 年 月 日				