

様式第2号(第5条関係)

後期高齢者医療療養費支給申請書(はり・きゅう用)  
(平成 年 月 日 施術分)

施術機関番号

04-8-

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8	高齢9割
0	高齢7割

保 険 者 番 号		3 9 0 4		被 保 険 者 番 号						
療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)			男		(住所)				
	明・大・昭			年 月 日生		発症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		施 術 期 間		実日数		業務上・外、第三者行為の有無			
	平成 年 月 日		自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日		日		1.業務上 2.第三者行為 3.その他			
	傷病名		1. 神経痛 2. リウマチ		3. 頸腕症候群 4. 五十肩		発病又は負傷年月日			
			5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症		7. その他 ( )		年 月 日			
	初 検 料		1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用		円		請 求 区 分			
							新 規 ・ 継 続			
	施 術 料		はり		円× 回= 円		転 帰			
			きゅう		円× 回= 円		継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医			
			はり・きゅう併用		円× 回= 円		摘 要			
	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						
往 療 料		4km 超		円× 回= 円						
費 用 額 計				円						
一 部 負 担 金 ( 1 割 ・ 3 割 )				円						
請 求 額				円						
施 術 日	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								
通院○ 往療◎										
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			
	平成 年 月 日		住所							
	はり師、きゅう師		氏名		電話					
	施 術 者 登 録 番 号									
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		住所							
	宮城県後期高齢者医療広域連合長 殿		被保険者 氏名		電話					
支 払 機 関 欄	支払区分	預金の種類	口 座 番 号		銀行CD	支店CD				
	1. 振 込	1. 普 通 座 2. 当 座								
	口 座 名 義 カタカナで記入				銀 行 庫 協		本 店 支 店 出 張 所			
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	
					平成 年 月 日					
委 任 欄	本申請書に基づく療養費の受領を代理人に委任します。									
	平成 年 月 日		住所							
	被保険者		氏名						印	
	代理人		住所						印	
			氏名						印	

記入上の注意

1. 施術内容欄の傷病名、初検料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. 委任欄は給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

平成 年 月 日 提出

受付日付印