

被 保 険 者 記 入 欄	① 被保険者等記号・番号	③ 被 保 険 者 氏 名	④ 事 業 所 名 称																																
	②																																		
	⑤ 受 療 者 氏 名		⑥ 生 年 月 日																																
			昭・平・令 年 月 日 (歳[満年齢])																																
	⑦ 続 柄																																		
施 術 を う け た 人	⑧ 傷 病 名		⑨ 発病 または 負傷年月日																																
			年 月 日																																
	⑩ 傷 病 の 原 因 及 び そ の 経 過																																		
	【原因】・交通事故などの第三者行為や業務上によるもの (はい ・ いいえ)																																		
	【経過】																																		
施 術 内 容 欄	⑪ 施 術 期 間		⑩ 傷 病 の 原 因 及 び そ の 経 過																																
	自： 年 月 日 内実日数 日間																																		
	⑫ 施術に要した費用		⑬ 施術した場所(施設などに入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載)																																
	円																																		
施 術 者 記 入 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間																																
	年 月 日		自： 年 月 日 ～ 至： 年 月 日																																
			実日数 日																																
			請 求 区 分																																
			新規・継続																																
	傷病名 1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群(右・左) 4. 五十肩(右・左) 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()																																		
	初 検 料 (1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用)		円	転 帰																															
	施 術 内 容 欄	施 術 料	はり・きゅう	施術の種類	1術 回	2術 回	継続・治療 中止・転医																												
			通所	円×	回＝	円	摘 要																												
			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	摘 要																												
		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																													
	明 細 書 発 行 加 算		円×	回＝	円																														
	費 用 額 計		円			摘 要																													
	施術日	通所○ 往療◎	訪問1① 訪問2② 訪問3③	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
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																										
令和 年 月 日		住所(所在地)																																	
免許登録番号		はり師																																	
免許登録番号		きゅう師																																	
		氏 名																																	
		電 話																																	
医 師 の 同 意 記 録	同意医師の氏名		同意医師の住所		同意年月日																														
	傷 病 名		要加療期間		同意書有効期限																														
					摘 要																														

振 込 口 座	⑦銀行等に振込みを希望する場合		⑧口座預金種別				⑨預金口座名義人氏名	
	銀行 金庫 組合 農協	店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段					
			⑩預金口座番号					

受取代理人欄	⑭ 本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 被保険者（申請者） 令和 年 月 日 住所 氏名	㊤ 代 理 人 氏 名	㊦ 被保険者（申請者）との関係
		㊥ 代 理 人 住 所 ・ 電 話 番 号	
		電話 ()	