

(通信欄)

令和 ○年 ○月分

療養費（はり・きゅう）支給申請総括票（Ⅱ）

保険者名： 姫路市 殿 保険者番号 280024

（請求者）登録記号番号 ○○○○○○○○○○ - ○ - ○

施術管理者 ○○ ○○

施術所名 △△鍼灸整骨院

療養費について、別添の支給申請書のとおり請求します。

区 分		件数	費用額	一部負担金	請求金額
請求	本人	2	1 5, 0 0 0	1, 2 0 0	
	家族				
＊決定	本人				
	家族				
＊返戻	事前分	本人			
		家族			
	保険者	本人			
		家族			
＊誤算	本人				
	家族				
＊増減	本人				
	家族				

療 養 費 支 給 申 請 書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

機関コード

公 費 負 担 者 番 号	8	2	2	8	0	0	2	5	特記事項	1 社国 3 後高 2 本外 4 六外 8 高外一				給付割合					
公 費 受 給 者 番 号		1	1	1	1	1	1	1		2 公費 4 退職 6 家外 0 高外7									
区 市 町 村 番 号										種類		05 鍼灸		8	9	10			
受 給 者 番 号									保 険 者 番 号					2	8	0	0	2	4

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過												
	2222222				年 月 日																
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)				続 柄				○業務上・外、第三者行為の有無											
		男・女								(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())											
		明・大・昭・平・令 年 月 日生								○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）											

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日				施 術 期 間												実日数				請 求 区 分													
	() 年 月 日				自・令和 年 月 日～至・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												転 帰																	
					5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()												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				10,000円																														
一部負担金（1割・2割・3割）				3,000円																														
請 求 額				7,000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. 徒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徒歩による外出困難 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				1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地															
	令和 年 月 日												施 術 所				所在地				〒											
	登録記号番号												施 術 管 理 者				氏 名				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。												〒																			
	令和 年 月 日												申 請 者				住 所															
	殿												(被保険者)				氏 名				電 話											

支 払 機 関 欄	支払区分				預金の種類				金融機関名				銀行 本店 支店 出張所						
	1. 振 込 2. 銀 行 送 金 3. 郵 便 局 送 金 4. 当 地 払				1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段								金庫 農協						
口座名義 カタカナで記入								口座番号								郵便局			

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											

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。																令和 年 月 日			
申請者 住所																代理人 住所			
(被保険者) 氏名																氏名			

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程（平成30年6月12日保発0612第2号通知）に従い行われるものです。
※ 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）場合に署名してください。
※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

機関コード

公 費 負 担 者 番 号	8	2	2	8	0	0	2	5	特記事項	1 社国 3 後高		2 本外 4 高外一		給付割合				
公 費 受 給 者 番 号		1	1	1	1	1	1	1		2 公費 4 退職		6 家外 0 高外7						
区 市 町 村 番 号										種 類		05 鍼灸						
受 給 者 番 号									保 険 者 番 号				2	8	0	0	2	4

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過	
	2222222		年 月 日			
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)	男 ・ 女	続 柄	○業務上・外、第三者行為の有無	
		(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())				
			○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)			
		明・大・昭・平・令 年 月 日生				

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日				施 術 期 間																実日数			請 求 区 分												
	() 年 月 日				自 ・ 令和 年 月 日 ～ 至 ・ 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				1 0 , 0 0 0 円																																
一部負担金 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)				1 , 2 0 0 円																																
請 求 額				1 , 8 0 0 円																																
施術日	訪問 1 ㊟	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			
通所	訪問 2 ㊟																																			
往療	訪問 3 ㊟																																			

○往療又は訪問の理由 (1 . 徒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徒歩による外出困難 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	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地	
	令和 年 月 日	施術所	〒 ー		
	登録記号番号		所在地 名 称		
		施術管理者	氏 名	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。			〒	—
	令和	年	月 日	申請者 (被保険者)	住所
			殿	氏名	電話

支払機 関欄	支払区分			預金の種類		金融機関名				銀行	本店	
	1. 振込	2. 銀行送金		1. 普通	2. 当座					金庫	支店	
	3. 郵便局送金	4. 当地払		3. 通知	4. 別段					農協	出張所	
	口座名義 カタカナで記入				口座番号						郵便局	

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		

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和	年	月	日
申請者	住所	代理人	住所		
(被保険者)	氏名		氏名		

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程（平成30年6月12日保発0612第2号通知）に従い行われるものです。

※ 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）場合に署名してください。

※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

同 意 書			(はり及びきゅう療養費用)
患 者	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日	明・大・昭・平	年 月 日
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（ ） ※ 1～6は、当てはまるものに○をつけて下さい。 7は、慢性的な疼痛を主訴とする疾病で鍼灸の施術に同意する病名を記載下さい。		
発病年月日	昭・平	年	月 日
同意区分	初回の同意 ・ 再 同 意 （○をつけて下さい）		
診 察 日	平成	年	月 日
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい（任意） 上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。 平成 年 月 日 保険医療機関名 所在地 保険医氏名		

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意する必要があります。（裏面参照）
 保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。



療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

機関コード

公 費 負 担 者 番 号								特記事項	1 社国 3 後高			2 本外 4 高外一			給付割合			
公 費 受 給 者 番 号									2 公費 4 退職			6 家外 0 高外7			8	9	10	
区 市 町 村 番 号									種 類		05 鍼灸							
受 給 者 番 号								保 険 者 番 号					2	8	0	0	2	4

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過	
	3333333		年 月 日			
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)		続 柄	○業務上・外、第三者行為の有無	
		男・女			(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())	
		明・大・昭・平・令 年 月 日生			○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)	

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間																		実日数		請 求 区 分																
	() 年 月 日		自 ・ 令和 年 月 日 ～ 至 ・ 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 ()																		円		転 帰 継続・治癒・中止・転医																
			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・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				5 , 0 0 0 円																																			
一部負担金 (１ 割 ・ ２ 割 ・ ３ 割)				1 , 5 0 0 円																																			
請 求 額				3 , 5 0 0 円																																			
施術日	訪問 1 ㊟	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						
通所	訪問 2 ㊞																																						
往療	訪問 3 ㊟																																						

○往療又は訪問の理由 (１．徒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徒歩による外出困難 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	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地	
	令和 年 月 日	施術所	〒 -		
	登録記号番号		所在地 名 称		
		施術管理者	氏 名	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。			〒	—
	令和	年	月 日	申請者 (被保険者)	住所
			殿	氏名	電話

支払機 関欄	支払区分			預金の種類		金融機関名				銀行	本店	
	1. 振込	2. 銀行送金		1. 普通	2. 当座					金庫	支店	
	3. 郵便局送金	4. 当地払		3. 通知	4. 別段					農協	出張所	
	口座名義 カタカナで記入				口座番号						郵便局	

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		

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和	年	月	日
申請者	住所	代理人	住所		
(被保険者)	氏名		氏名		

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程（平成30年6月12日保発0612第2号通知）に従い行われるものです。

※ 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）場合に署名してください。

※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

同 意 書			(はり及びきゅう療養費用)
患 者	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日	明・大・昭・平	年 月 日
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（ ） ※ 1～6は、当てはまるものに○をつけて下さい。 7は、慢性的な疼痛を主訴とする疾病で鍼灸の施術に同意する病名を記載下さい。		
発病年月日	昭・平	年	月 日
同意区分	初回の同意 ・ 再 同 意 （○をつけて下さい）		
診 察 日	平成	年	月 日
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい（任意）		
上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。 平成 年 月 日 保険医療機関名 所在地 保険医氏名 印			

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意する必要があります。（裏面参照）
 保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

令和 ○年 ○月分

療養費（はり・きゅう）支給申請総括票（Ⅱ）

保険者名： 後期（灘区） 殿 保険者番号 39281027

（請求者）登録記号番号 ○○○○○○○○○○ - ○ - ○

施術管理者 ○○ ○○

施術所名 △△鍼灸整骨院

療養費について、別添の支給申請書のとおり請求します。

区 分		件数	費用額	一部負担金	請求金額
請 求	本人	2	1 3, 0 0 0	6 0 0	
	家族				
＊ 決 定	本人				
	家族				
＊ 返 戻	事 前 分	本人			
		家族			
	保 険 者	本人			
		家族			
＊ 誤 算	本人				
	家族				
＊ 増 減	本人				
	家族				

療 養 費 支 給 申 請 書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

機関コード

公 費 負 担 者 番 号	5	8	2	8	0	0	4	1	特記事項	1 社国 3 後高 2 本外 8 高外一 2 公費 4 退職 6 家外 0 高外7								給付割合		
公 費 受 給 者 番 号		4	4	4	4	4	4	4										8	9	10
区 市 町 村 番 号										種類		05 鍼灸								
受 給 者 番 号									保 険 者 番 号				3	9	2	8	1	0	2	7

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過															
	55555555				年 月 日																			
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名		(フリガナ)						続 柄		○業務上・外、第三者行為の有無													
			男・女								(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())													
											○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）													
		明・大・昭・平・令 年 月 日生																						

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日				施 術 期 間												実日数				請 求 区 分															
	() 年 月 日				自・令和 年 月 日～至・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												転 帰																			
					5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()												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											
	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				7, 0 0 0円																															
	一部負担金（1 割 ・ 2 割 ・ 3 割）				7 0 0円																															
請 求 額				6, 3 0 0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. 徒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徒歩による外出困難 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				1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地											
	令和 年 月 日												所在地				〒											
	登録記号番号												名称				氏 名 電話											
												施術管理者				氏 名 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。												〒											
	令和 年 月 日																							
	申請者 住所 殿 (被保険者)												氏名 電話											

支 払 機 関 欄	支払区分				預金の種類				金融機関名								銀行 本店 支店 出張所 金庫 農協				
	1. 振 込		2. 銀 行 送 金		1. 普通		2. 当座														
	3. 郵 便 局 送 金		4. 当 地 払		3. 通知		4. 別段														
口座名義 カタカナで記入						口座番号												郵便局			

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											

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日															
申請者 住所								代理人 住所							
(被保険者) 氏名								氏名							

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程（平成30年6月12日保発0612第2号通知）に従い行われるものです。
※ 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）場合に署名してください。
※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

療 養 費 支 給 申 請 書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

機関コード

公 費 負 担 者 番 号	5	8	2	8	0	0	4	1	特記事項		1 社国	3 後高	2 本外	8 高外一	給付割合			
公 費 受 給 者 番 号		4	4	4	4	4	4	4			2 公費	4 退職	6 家外	0 高外7				8
区 市 町 村 番 号											種類		05 鍼灸					
受 給 者 番 号									保 険 者 番 号		3	9	2	8	1	0	2	7

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過															
	55555555				年 月 日																			
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名		(フリガナ)						続 柄		○業務上・外、第三者行為の有無													
			男・女								(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())													
											○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）													
		明・大・昭・平・令 年 月 日生																						

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日				施 術 期 間												実日数		請 求 区 分															
	() 年 月 日				自・令和 年 月 日～至・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												転 帰																	
					5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()												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				7, 0 0 0円																													
	一部負担金（1 割 ・ 2 割 ・ 3 割）				6 0 0円																													
	請 求 額				1 0 0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. 徒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徒歩による外出困難 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				1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地											
	令和 年 月 日												所在地				〒 -											
	登録記号番号												名称				氏 名 電話											
												施術管理者				氏 名 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。												〒 -											
	令和 年 月 日																							
	申請者 住所												氏名 電話											
殿 (被保険者)																								

支 払 機 関 欄	支払区分				預金の種類				金融機関名				銀行 本店 支店 出張所			
	1. 振 込 2. 銀 行 送 金 3. 郵 便 局 送 金 4. 当 地 払				1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段								金庫 農協			
	口座名義 カタカナで記入				口座番号								郵便局			

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											

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。																令和 年 月 日															
申請者 住所																代理人 住所															
(被保険者) 氏名																氏名															

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程（平成30年6月12日保発0612第2号通知）に従い行われるものです。
※ 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）場合に署名してください。
※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

同 意 書			(はり及びきゅう療養費用)
患 者	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日	明・大・昭・平	年 月 日
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（ ） ※ 1～6は、当てはまるものに○をつけて下さい。 7は、慢性的な疼痛を主訴とする疾病で鍼灸の施術に同意する病名を記載下さい。		
発病年月日	昭・平	年	月 日
同意区分	初回の同意 ・ 再 同 意 （○をつけて下さい）		
診 察 日	平成	年	月 日
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい（任意） 上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。 平成 年 月 日 保険医療機関名 所在地 保険医氏名		

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意する必要があります。（裏面参照）
 保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。



療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

機関コード

公 費 負 担 者 番 号								特記事項	1 社国 3 後高			2 本外 4 高外一			給付割合			
公 費 受 給 者 番 号									2 公費 4 退職			6 家外 0 高外7						
区 市 町 村 番 号									種 類		05 鍼灸							
受 給 者 番 号								保 険 者 番 号			3	9	2	8	1	0	2	7

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過	
	66666666		年 月 日			
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)		続 柄	○業務上・外、第三者行為の有無	
		男・女			(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())	
		明・大・昭・平・令 年 月 日生			○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)	

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間																	実日数		請 求 区 分													
	() 年 月 日		自 ・ 令和 年 月 日 ～ 至 ・ 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																														
	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		6, 0 0 0 円																																	
一部負担金 (１ 割 ・ ２ 割 ・ ３ 割)		1, 2 0 0 円																																	
請 求 額		4, 8 0 0 円																																	
施術日	訪問 １ ①	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		
通所 ○	訪問 ２ ②																																		
往療 ◎	訪問 ３ ③																																		

○往療又は訪問の理由 (１．徒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徒歩による外出困難 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	1. 施術所所在地	2. 出張専門施術者住所地
	令和 年 月 日	施術所	〒 -		
	登録記号番号		所在地		
			名 称		
		施術管理者	氏 名		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。			〒	—
	令和	年	月 日	申請者 (被保険者)	住所
			殿	氏名	電話

支払機 関欄	支払区分			預金の種類		金融機関名				銀行	本店	
	1. 振込	2. 銀行送金		1. 普通	2. 当座					金庫	支店	
	3. 郵便局送金	4. 当地払		3. 通知	4. 別段					農協	出張所	
	口座名義 カタカナで記入				口座番号						郵便局	

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		

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和 年 月 日
申請者	住所	代理人 住所
(被保険者)	氏名	氏名

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程（平成30年6月12日保発0612第2号通知）に従い行われるものです。

※ 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）場合に署名してください。

※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

同 意 書			(はり及びきゅう療養費用)
患 者	住 所		
	氏 名		
	生 年 月 日	明・大・昭・平	年 月 日
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（ ） ※ 1～6は、当てはまるものに○をつけて下さい。 7は、慢性的な疼痛を主訴とする疾病で鍼灸の施術に同意する病名を記載下さい。		
発病年月日	昭・平	年	月 日
同意区分	初回の同意 ・ 再 同 意 （○をつけて下さい）		
診 察 日	平成	年	月 日
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい（任意）		
上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。 平成 年 月 日 保険医療機関名 所在地 保険医氏名 印			

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意する必要があります。（裏面参照）
 保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。

令和 ○年 ○月分

療養費（はり・きゅう）支給申請総括票（Ⅱ）

保険者名： 姫路市 殿 保険者番号 27280023

（請求者）登録記号番号 ○○○○○○○○○○ - ○ - ○

施術管理者 ○○ ○○

施術所名 △△鍼灸整骨院

療養費について、別添の支給申請書のとおり請求します。

区 分		件数	費用額	一部負担金	請求金額
請求	本人	1	10000	6 0 0	
	家族				
＊決定	本人				
	家族				
＊返戻	事前分	本人			
		家族			
	保険者	本人			
		家族			
＊誤算	本人				
	家族				
＊増減	本人				
	家族				

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

機関コード

公 費 負 担 者 番 号	8	2	2	8	0	0	2	5	特記事項	1 社 国 3 後高		2 本外 8 高外一 4 六外 0 高外7		給付割合				
公 費 受 給 者 番 号		9	9	9	9	9	9	9		2 公費 4 退職		6 家外		8	9	10		
区 市 町 村 番 号										種 類		05 鍼灸						
受 給 者 番 号									保 險 者 番 号		0	1	2	8	0	0	1	5

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過	
	1 2 3 - 4 5 6		年 月 日			
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)	続 柄		○業務上・外、第三者行為の有無	
		男・女			(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())	
		明・大・昭・平・令 年 月 日生			○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)	

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間																	実日数		請 求 区 分																		
	() 年 月 日		自 ・ 令和 年 月 日 ～ 至 ・ 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		1 0 , 0 0 0 円																																						
一部負担金 (１ 割 ・ ２ 割 ・ ３ 割)		6 0 0 円																																						
請 求 額		2 , 4 0 0 円																																						
施術日	訪問 1 ㊟	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							
通所	訪問 2 ㊟																																							
往療	訪問 3 ㊟																																							
㊟ 往療又は訪問の理由 (１ . 徒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徒歩による外出困難 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	1. 施術所所在地	2. 出張専門施術者住所地
	令和 年 月 日	施術所	〒 -		
	登録記号番号		所在地		
			名 称		
		施術管理者	氏 名		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。			〒	—
	令和	年	月 日	申請者 (被保険者)	住所
			殿	氏名	電話

支払機関欄	支払区分			預金の種類		金融機関名		銀行	本店
	1. 振込	2. 銀行送金		1. 普通	2. 当座			金庫	支店
	3. 郵便局送金	4. 当地払		3. 通知	4. 別段			農協	出張所
	口座名義 カタカナで記入			口座番号					郵便局

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		

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和	年	月	日
申請者	住所	代理人	住所		
(被保険者)	氏名		氏名		

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程（平成30年6月12日保発0612第2号通知）に従い行われるものです。

※ 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）場合に署名してください。

※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

2024.12.24	公開	
2025.01.20	P.9、10	公費負担者番号を修正しました。（58284027→58280041） 本会に提出できない実施主体者（神戸市）の公費負担者番号を記載していたため。
	P.3、4、6、9、 10、12、15	施術料欄の「通所」及び「訪問施術料2」を修正しました。 （厚生局の最新の様式に合わせました）