

親 乳 子 医療助成費支給申請書 ( 年 月分) (はり・きゅう用) 記入例

機関コード

公費負担者番号										医療保険の給付割合 該当するものに○、7割の場合は欄外 に「7」と記載	給付割合	8	9	10	
公費受給者番号										種類 05 鍼灸					
提示された医療証の公費負担者番号、 受給者番号を記入										保険者番号					

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
	(フリガナ)	年 月 日
	療養を受けた者の氏名	男・女
	明・大 昭・平・令	○発症又は負傷の原因及びその経過
	和暦で数字を記入	
	○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	

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・ 年 月 日 ~ 至・ 年 月 日	日	新規・継続
	傷病名 1. 神経痛 2. 腰痛症			転 帰
	初検料 (1はり 2きゅう 3はりき)			継続・治癒・中止・転医
	施 術 料			摘 要
	はり			一部負担金相当額 (医療助成費) 円 請求金額 (医療助成費) 円
	きゅう			
	はり・きゅう併用			
	電療料 (1電気針 2電気温灸器 3電)			
	往 療 料 4 k			
往 療 料 4 k				
施術報告書交付料 (前回支給:)				
合				
一部負担金 (1割・2割)				
請	上記「実日数」と「施術日(O or ◎をつける箇所)」が一致するように記入。			

◆一部負担金相当額について  
 ・マル親(81137...)、マル乳、マル子(証の右上に「通院負担有200円」の記載がないものは一部負担金相当額はゼロ  
 ・マル親(81136...)は、1割負担  
 ・マル子(証の右上に「通院負担有200円」の記載があるものは1回200円(ただし、200円に満たない場合はその額)

(マル子の記載例 200円に満たないときがあった場合)  
 摘要欄に一部負担金相当額の内訳を記載してください。  
 (例)

	自己負担額等内訳	施術料	一部負担相当額 (マル子)
○日		1,000円	200円
○日		400円	120円
○日		800円	200円

◆請求金額 (医療助成費)  
 保険適用の自己負担額から、上記の一部負担金相当額を除いた額

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。
	年 月 日 施 術 所 所在地
	施術管理者登録記号番号 名称 電話
	施術管理者 氏名

申 請 欄	上記の療養費に関する費用に関して、助成費の支給を申請します。
	年 月 日
	申請者 (被保険者) 住所 氏名 電話
	殿 氏名

関東信越厚生局から付番された登録記号番号(10桁)を必ず記入

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 3. 郵便局送金 4. 当地払	1. 普通 2. 当座 3. 通知		金庫 支店 農協 出張所 郵便局
	口座名義 (カタカナで記入)	口座番号		

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
			年 月 日		

本申請書に基づく助成費に関する受領を代理人に委任します。	年 月 日
申請者 (被保険者) 住所 氏名	代理人 住所 氏名

※ この助成費の受領の代理人への委任は、ⓂⓈⓁの施術療養費に係る取扱要領に従い行われるものです。  
 ※ 助成費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。