健康保険 <u>被保険者</u> 療養費支給申請書(●年 ●月分)【はり・きゅう用】

# (第中の際形の 1245																					
### *** *** ***		************************	記	号			番	号			武良市州	4=r:		000##A# 00##							
20			•		××××						□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□										
###			(2114°17)																		
(日本の経典)		被保険者氏名	(7971)								版			_	••	丰	•	月		●目	
# (第一の歌歌の) 245 (***) 24	被	企	〒 123−	4567		使休 人即					工十万口 平										
1995 シーボール・ 1995 199	保険	電話番号等	東江	京都〇			-2-	3 AA	マンション												
## 1 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	者			0 (789							メールアドレス ○○△										
## 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	们职		(> / / / / /							- H			平成		●●年 ●●月 ●●日				●目		
(13)		発症▽け					PRO TILL I				症 マ け 負 作	の原因									
10					● 年		●● 月 ●● 目					腰痛の治	腰痛の治療を継続して受けていたが、慢性的な痛みが緩和されない								
が出り、					いいえ		はい						いいえ・はい								
(1) 年月 日 日・中川 日・中川 日・中川 日・田・田・田・田・田・田・田・田・田・田・田・田・田・田・田・田・田・田・田		ですか		※「はい	ハ」の場合は、別途届出が必要です。						こよるもので		% [/;	はい」の場	合は、別	別途届出	が必要で	です。			
1		初療年。	月日		施術期						1			実日数			請	求	区 分		
振音名		() 年	月日	自•令和 年 月 日~至						Ē•令	和年月	I			日		新	規 ·	継続		
おお 139 22 から 139 23 24 25 25 27 28 29 30 31 33 35 35 35 35 35 35		作 病夕	1. 神経	痛	2. リウマチ 3. 🚦						頸腕症候群 4. 五十月						車	云	帰		
13		易州石				a section to the constitution of			-	- 41- /		`					続・治癒・中止・転医				
(10)-さから 10 10 10 10 10 10 10 1																	Г				
正の欄は、はり師・きゅう師に記入を依頼してください。 正		はり・きゅう																			
正の欄は、はり師・きゅう師に記入を依頼してください。 正																					
## 2	teta:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·																			
正の欄は、はり師・きゅう師に記入を依頼してください。 正の欄は、はり師・きゅう師に記入を依頼してください。 正成情報告書 正成情報告書 正の欄は、はり師・きゅう師に記入を依頼してください。 正成情報告書 正成情報告書 正成情報告書 正成情報告書 正成世界と称表の無数の別月 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 29 29 29 29 29 29 29 29 29 29 29 29 29	旭																				
正の欄は、はり師・きゅう師に記入を依頼してください。 正の欄は、はり師・きゅう師に記入を依頼してください。 正成情報告書 正成情報告書 正の欄は、はり師・きゅう師に記入を依頼してください。 正成情報告書 正成情報告書 正成情報告書 正成情報告書 正成世界と称表の無数の別月 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 29 29 29 29 29 29 29 29 29 29 29 29 29		=+																			
1	術	助																			
		施																			
1	内		この欄は、はり師・きゅう師に記入を依頼してください。																		
**																					
超点性 18世 18	, to	料 訪																			
複数 1	谷																				
複数 1		訪																			
佐藤 大郎 大郎 大郎 大郎 大郎 大郎 大郎 大	欄																				
株 別 地 域 住 旅 村 旅術報告書 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 1	TIPRI	雷療料(加質/																			
住 寮 科 施術報告書																					
施術目 10		特別地域																			
施術目 10		往療料																			
選問目 動間10		At-Alc to the dis-t																			
 通所の 動剤20 月 注接後の動物20 月 ○住棄又は前局の理由(1.後歩による尖丸交通機関を使っての外出図層 2. 数知座や視覚、内部、精神障害などにより始歩による外出図層 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。		他何報告書タ																			
 通所の 動剤20 月 注接後の動物20 月 ○住棄又は前局の理由(1.後歩による尖丸交通機関を使っての外出図層 2. 数知座や視覚、内部、精神障害などにより始歩による外出図層 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。		費																			
世報			1 2	3	4 5	6 7	8	9 10	11 12	13	3 14 15	16 1	7 18 19	20 21	22 2	3 24	25 20	6 27	28 29	30 31	
○在蒙又は訪問の選曲(1. 独歩による会共交通機関を使っての外出国際 2. 数知底や観覚、内部、精神障害などにより独歩による外出国際 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。 保練所登録区分 1. 施術所所在地 2.出張専門施術者住所地 〒				† <u> </u>			1		TI	Ť				- 			-				
上記のとおり施術を行い、その費用を傾収しました。		EMC MINES		5公共交	通機関を		外出閉鎖	業 2. 製名	1歳や複賞.	内部.		どにより着			 -の他(لــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ))	
行相 年 月 日							тщщ	g. 2. pr.	-AL (DUSE)	1 1 11 1	(1811)4-6-6			<u>Пиж.</u> 0. с		析所所在	.地 2.出張	表専門施利	析者住所地		
(全) (安保 (安保 (安保) 日本) 日本 (大)	施					-					₸ -										
● 全中分師 氏名 電話 同意医師の氏名 住 所 同意年月日 傷 病 名 要加辣期間 令和 年 月 日 令和 年 月 日	術証	免許登録番号							はり師		住										
氏名	明欄	A. Mr. 29 A. 10. 11	きゅう師																		
全職者は、委任状欄に記入してください。 ②①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。		<u> </u>							ラゆう削				_		44.			電話			
全職者は、委任状欄に配入してください。 ②①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。	同意	同恵医師の氏名	4			仕	В	T			旧	恵 年 月	月日		陽	抦	名	_	安加:	原期间	
②①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。	記録										令和	年.	月日								
②①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。	を在る	第五十 本年光曜に記	入1. でくださ	\$1\1																	
世代 (大田人 (実際に給付を受領する者) 氏名 (大田人 (実際に給付を受領する者) 氏名 (大田本・退職者は、振込先情報を記入してください。 金融機関コード 1234 支店コード 123 金融機関名称 ● 銀行/信用金庫 本店/支店 預金種別 普通 当座 その他() 口座番号 1234567 口座名義(カタカナ) ケンポ タロウ 添付書類 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本 2. 治療内容の書いてある領収書原本 受付日付印	1				領を事業	美主に委	任しま	す。	←討	ぎ当す		`エック ▽	して下さい。								
世代 (大理人(実際に給付を受領する者) 氏名 (世保 太郎 (代理人(実際に給付を受領する者) 氏名 (代理人(実際に給付を受領する者) 氏名 (代理人(実際に給付を受領する者) 氏名 (代理人(実際に給付を受領する者) 氏名 (代理人(実際に給付を受領する者) 氏名 (大道 (大理人(実際に給付を受領する者) (大道 (大理人(実際に給付を受領する者) (大道 (大理人(実際に給付を受領する者) (大道 (大理人(実際に給付を受領する者) (大道 (大理人(実際に給付を受領する者) (大道 (大理人(実際に給付を受領する者) (大道 (大理人(実際者)) (大道 (大理人(実際を記入)) (大道 (大理人(実際者)) (大道 (大理人(実際者)) (大道 (大理人(実際者)) (大道 (大理人(実際者)) (大道 (大理人(実際者)) (大道 (大理人(実際者)) (大理人(実際者)) (大道 (大理人(実際者)) (大理人(大理人(実際者)) (大理人(実際者)) (大理人(大理人(生))) (大理人(大理人(生)) (大理人(生)) (大理人(生)) (大理人(委																				
代理人(実際に給付を受領する者) 氏名 住継・退職者は、振込先情報を記入してください。	任状	被保険		氏名																	
金融機関コード 1234 支店コード 1234	扒	代理人(実際に給付を受領する者) 氏名																			
金融機関コード 1234 支店コード 1234	※任 4	○ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	多を記入	してくだ	さい																
金融機関名称			3 +K-C 11L/\		-CV -	1234					支店コ-	-k				11	23				
預金種別 普通 18座 その他() 口座番号 1234567 口座名義(カタカナ) ケンポ タロウ 添付書類 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本 2. 治療内容の書いてある領収書原本 受付日付印 個人番号 (被保険者証等の記号番号を記入した場合は記入不要)	振込																				
預金種別 音通 音座 その他() 日座番号 123450() 日座名義(カッカナ) グンボ タロリ 添付書類 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本 2. 治療内容の書いてある領収書原本 受付日付印 個人番号 (被保険者証等の記号番号を記入した場合は記入不要)	先情都	金融機関名称		•	••									••							
医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本 2. 治療内容の書いてある領収書原本 受付日付印 個人番号 (被保険者証等の記号番号を記入した場合は記入不要)	÷Κ	預金種別	普通	整 そ	-の他()		座番号			1234567		口及	区名義(カタカウ	<i>†</i>)		ケ	ンポータ	タロウ		
医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本 2. 治療内容の書いてある領収書原本 受付日付印 個人番号 (被保険者証等の記号番号を記入した場合は記入不要)	■添付	寸 書類															/				
個人番号(被保険者証等の記号番号を記入した場合は記入不要)			ごと)原本	2.	治療内	容の書い	てある	循収書	原本								/	受付	日付印] \	
W. Alice Addition to the state of the state	. ,																				
W. Alice Addition to the state of the state		個人番号(被保険者証	等の記号番	号を記入	した場合	合は記入る	下要)														
	備							下の書類を	を添付してく	ださい	١,										