様式第６号

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 公費　4 退職	2 本外　8 高外一　4 六外　0 高外7　6 家外	給付割合 8　9　10
公費受給者番号				
区市町村番号		種類	05 鍼灸	
受給者番号		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		○傷病名
	年　月　日		
療養を受けた者の氏名	(フリガナ) 男・女 年　月　日生	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過 ○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. 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	円×　回＝　円		
	きゅう	円×　回＝　円		
	はり・きゅう併用	円×　回＝　円		
	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		
施術報告書交付料（前回支給：　年　月分）		円×　回＝　円		
合計		円		
一部負担金（1 割・2 割・3 割）		円		
請求額		円		
施術日 通院○				

【全てレセコン印字】

施術証明欄		
上記の療養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3 年　4 月　26 日	施術所	所在地〒553-0003 大阪市福島区福島〇丁目△-×× 名称 メディカルケア鍼灸整骨院 電話 06-××××-××××
登録記号番号（申し出た施術者登録番号） 12345678-0-0	施術管理者	氏名 メディカルケア　太郎　㊞ ✕ 押印不要

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3 年　4 月　26 日	申請者（被保険者）　〒 532 － 0006 住所 大阪市淀川区西三国〇丁目△-×× 電話
大阪市長　殿	氏名 大阪　一郎　大阪

支払機関欄				
支払区分	預金の種類	金融機関名	銀行　本店 金庫　支店 農協　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			
口座名義カタカナで記入	口座番号		郵便局	

同意				
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		

【（被保険者）氏名のみ、自筆】

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3 年　4 月　30日

申請者　〒532-0006　住所 大阪市淀川区西三国〇丁目△-××

代理人　〒553-0003　住所 大阪市福島区福島7丁目20番18-4707号

（被保険者）　氏名　自筆署名　大阪

氏名 メディカルケアバンク株式会社　代表取締役　寺野　ゆかり

※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。
※施術管理者及び申請者（被保険者）の記名押印は署名でも差し支えありません。
※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。