

記入例

障 医療助成費支給申請書 ( 年 月分) (はり・きゆう用)

公費負担者番号		特記事項	医療保険の給付割合 該当数字に○、給付割合が7割の場合、空欄にするか、欄外に「7」と記入。	給付割合	8	9	10																									
公費受給者番号																																
提示されたマル障受給者証の公費負担者番号及び受給者番号を記入。		種類		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																											
	(7桁)		年 月 日		保険証に記載の保険者番号を記入。 ※月途中で保険者が変更になった場合には、保険者ごとに申請書を分けて御提出下さい。																											
	療養を受けた者の氏名	男・女	続柄	○発病又は負傷年月日	○業務上・外、第三者行為の有無																											
大・昭・平・令 年 月 日生		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	和暦で数字を記入。	施術期間	実日数	請求区分																											
	年 月 日	自 年 月 日～至 年 月 日	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																											
	初検料 (1はり 2きゆう 3はりきゆう併用)			円	摘 要																											
	施 術 内 容	はり	◆合計 施術に係る合計金額を記入。	◆施術期間 受領委任の取扱開始日/廃止日が月途中の場合は、 施術期間欄の記載に注意して下さい。 Ex)令和3年4月5日が取扱開始日の場合、施術期間欄の始期は 令和3年4月1日ではなく、「令和3年4月5日」と記入。	◆実日数 「施術日(○or◎を付ける箇所)」の数と一致するよう記入。																											
	はり・きゆう	◆一部負担金 医療保険の負担割合を記入。 Ex)3割負担の受給者の場合、「3割」に○をつけ、 合計金額の3割分を記入。																														
	往療料	◆請求額 保険請求額を記入。 Ex)3割負担の受給者の場合、合計金額の7割分の金額を記入。																														
	往療料																															
	施術報告書交付料 (前回交付時より)	円	一部負担金相当額 (医療助成費)																													
	合計	円	請求金額 (医療助成費)																													
一部負担金 (1割・2割・3割)	円																															
請求額	円																															
施術日 通院○ 往療◎	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
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																											
	施術管理者登録記号番号		_____		施術管理者																											
申請欄	上記 関東信越厚生局から付番された 助成費の支給を申請します。		◆一部負担金相当額 (医療助成費) マル障の一部負担金相当額を記入。 ・公費負担者番号80136...の受給者は、合計金額の1割分。 ・公費負担者番号80137...の受給者は、ゼロ(0円)。		◆請求金額 (医療助成費) 医療保険の負担割合分(一部負担金)から、上記「一部負担金相当額(医療助成費)」を除いた額を記入。																											
	申請者 (被保険者) 殿																															
支払機関欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		本店																									
	1. 振込	2. 銀行送金	1. 普通	2. 当座	銀行		支店																									
3. 郵便局送金		4. 当地払	3. 通知	4. 別段	金庫		出張所																									
口座名義		口座番号		農協		郵便局																										
カタカナで記入																																
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																									
						◆口座番号が8桁未満の場合、桁不足の部分は0(ゼロ)で埋めず、空欄にする。 ◆ゆうちょ銀行の場合、口座番号8桁目の「1」を除いた7桁を記入。																										
本申請書に基づく助成費に関する受領を代理																																
申請者 住所		代理人 住所		申請者 住所		代理人 住所																										
(被保険者) 氏名		氏名		氏名		氏名																										

※ この助成費の受領の代理人への委任は、心身障害者医療費助成制度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。