

療養費（はり・きゅう・マッサージ施術療養費）支給申請書

療養費（はり・きゅう・マッサージ施術療養費）の支給を受けたいので、下記証明を添えて申請します。

年 月 日

申請額 円

申請者

住所：

氏名：

電話番号：（ ）

生年月日： 明・大・昭 年 月 日

熊本県知事様

注) ① 申請額は、保険で定められた施術料金の自己負担分です。

② 初回の申請は保険医の同意書（写し可）を添付して下さい。

2回目以降は、末尾「同意記録」欄だけ御記入下さい。

ただし、変形徒手矯正術の場合は同意書の添付が毎回必要です。

③ 8回以上施術した場合は、複数枚提出して下さい。

※この用紙は、健康保険が適用されるはり・きゅう・マッサージ施術療養費に関する支給申請書です。

保険が適用とならないはり・きゅう施術療養費については、第14号様式の申請書を御利用下さい。

受給者番号

第9号様式（第8条、13、15条関係）

〔以下施術機関が記入〕

はり・きゅう・マッサージ施術証明書

対象者 氏名	住所	傷病名	保険の 種別	給付の別（いずれかに○を付ける）				保険適用分の施術費	
				1 はり	2 きゅう	3 はり・きゅう 併用	4 マッサージ	総療養費	一部負担金（領収額）
年 月 日								円	円
年 月 日								円	円
年 月 日								円	円
年 月 日								円	円
年 月 日								円	円
年 月 日								円	円
年 月 日								円	円

上記のとおり療養の給付を行ったことを証明します。

※上記証明欄で、記入後に余った欄は、斜線を記入するか、又は『以下余白』と御記入ください。

(記入不要) 医療機関コード

免許番号(はり きゅう マッサージ)
所在地(〒)

【熊本県事務処理欄（記入不要）】

日数	総医療費	自己負担金

施術機関名

電話番号

代表者氏名

印

※保険医の同意についてもれなく御記入ください。（同意が有効なものか御確認ください。）

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		