

# 厚労省の改定に合わせた最新書式

## 療養費支給申請書 (令和6年12月分)(はり・きゅう用)

公費負担者番号	8	0	1	3	6	2	1	0	特記事項	① 社団 3 協会 ② 本外 8 海外一 2 公費 4 退職 4 本外 0 海外7 6 海外	給付割合	8	9	10		
公費受給者番号		6	5	4	3	2	1	9								
市区町村番号									種類	05 鍼灸						
受給者番号									保険者番号		1	3	8	1	3	1

○被保険者証等の記号番号	12-34 00112233	○発病又は負傷年月日	不詳	○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過	不詳
療養を受けた者の氏名	(フリガナ) ミホン リカ <b>見本 里香</b>	性別	男 ( ) 女 ( <input checked="" type="checkbox"/> )	続柄	本人
	昭和39年10月05日生				

初療年月日	令和6年10月01日	施療期間	令和6年12月01日 ~ 令和6年12月31日	実日数	2	請求区分	新規 ( <input checked="" type="checkbox"/> )
傷病名	① 神経痛 2. リウマチ 3. 関節痛 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 慢性後遺症 7. その他 ( )					転送	<input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 治療・中止 <input type="checkbox"/> 転送

初療料 (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)		円
施設内料	はり・きゅう	円
通所	1,610 円 × 2 回 =	3,220 円
訪問施術料 1	円 × 回 =	円
訪問施術料 2	円 × 回 =	円
訪問施術料 3 (3人~9人)	円 × 回 =	円
訪問施術料 3 (10人以上)	円 × 回 =	円
電療料 (加算) ①電熱計 ②電熱治療器 ③電熱治療機	円 × 回 =	円
特別地域 (加算)	円 × 回 =	円
治療料	円 × 回 =	円
施術報告書交付料 (前回支給)	円 × 回 =	円
合計		3,220 円
一部負担金 (1割・2割・3割)		966 円
請求額		2,254 円

保険者に提出する書類は、ソフトをアップデートすることにより常に最新の書式が印刷できます。

施設内料	訪問 1 ( ) 通所 ( ) 訪問 2 ( ) 訪問 3 ( )	12	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
------	--	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

施設証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。 療養費の受領を下記の代理人に委任します。 令和6年12月20日 登録番号 12345678-9-1	施術所 〒151-0053 所在地 東京都渋谷区代々木2-39-7 名称 鍼灸マッサージ師会 高術管理者 氏名 清水 一雄 電話番号 03-3299-5276
-------	---	---

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6年12月20日 渋谷区 殿	申請者 (被保険者) 住所 東京都渋谷区代々木888 氏名 見本 里香 電話番号
-----	--	---

支払機関欄	支払区分 ① 振込 2. 銀行送金 ③ 普通 2. 出金 ④ 郵便局送金 4. 当地払 ⑤ 通知 4. 預貯	預金の種類 ① 普通 2. 出金 ③ 通知 4. 預貯	金融機関 [ ]
-------	--	-----------------------------------	-------------

同業記載欄	同業医師の氏名 住所 東京都渋谷区代々木1-1-1	発症年月日 令和6年10月11日	傷病名 上記「傷病名」に同じ 上記「傷病名」に同じ	要加療期間
-------	---------------------------	------------------	------------------------------	-------

申請者 (被保険者) 氏名	住所 東京都渋谷区代々木888	代理人 住所 東京都渋谷区代々木2-39-7 メゾン代々木201 一般社団法人 鍼灸マッサージ師会 氏名 代表理事 清水 一雄
---------------	-----------------	---

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取除権 (平成30年6月12日保発0612第2号通知) に従って行われるものです。  
 ※ 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。

一般社団法人 鍼灸マッサージ師会

申請書他、療養費支給申請総括票や神奈川県指定の請求書等も印刷が可能です。

# 入金管理も簡単！

入金管理 [ HK9004 R1.03 ]

ファイル名: C:\Users\User\Desktop\NYUKIN.DAT 参照

施設番号: 12345600  
施設名: 鍼灸マッサージ師会  
会員名: 鍼灸 太郎

作成日: 2024/12/17  
振込日: 2025/01/25

作成区分	作成No	施術年月日	受療者名	保険者番号	申請額	支給額	支給日	請求月	消込	コメント
M		2024/12/01	見本 里香	138131	9002	9002	2025/01	2025/01	<input checked="" type="checkbox"/>	

終了 印刷 印刷設定  プリンターダイアログ表示 開始

PR\_Viewer

ページ全体

1/1

## 入金管理データリスト

2024.12.17 09:44:28

作成区分	作成No	施術年月日	受療者名	保険者番号	申請額	支給額	支給月	請求月	消込	コメント
M		2024/12/01	見本 里香	138131	9,002	9,002	2025/01	2025/01	<input checked="" type="checkbox"/>	