

施

厚生局から付番された登録記号
番号を-（ハイフン）を省いて10
桁記載してください。

登録記号番号

施術所の名称

厚生局に届け出た施術所の名称
を記載してください。

令和 年 月

療養費支給申請書の施術月を記載してください。複数
月提出の場合は、直近の施術月を記載してください。

あん摩・マッサージ、はり・きゅう施術療養費請求書

保険者番号

保険者名

別添の保険者番号一覧を参考に保険者番号及び保険
者名を記載してください。保険者毎に作成してください。
また、後期高齢者医療分を記載する場合、保険者番号
は39460001を記載し保険者名は後期高齢者医療広域
連合と記載してください。

| | | | |
|----|--------------------------|----|--------|
| 種類 | <input type="checkbox"/> | 04 | マッサージ用 |
| | <input type="checkbox"/> | 05 | はりきゅう用 |

該当する施術に✓をしてください。

| 区 | 方 | 件数 | 施術に要した費用額 | 一部負担金 | 請求金額 |
|-----|-----|----|-----------|-------|----------------------------------------------|
| | | | | | |
| 請求 | 9割 | | | | 請求金額は保険者へ請求する (9割、8割、7割分の)額を記載 してください。 |
| | 8割 | | | | |
| | 7割 | | | | |
| ※決定 | 9割 | | | | |
| | 8割 | | | | |
| | 7割 | | | | |
| ※返戻 | 事前分 | 9割 | | | |
| | | 8割 | | | |
| | | 7割 | | | |
| ※誤算 | 9割 | | | | |
| | 8割 | | | | |
| | 7割 | | | | |

各申請書の給付割合をもとに集
計し、(申請書の)件数、施術に
要した費用額(合計額)、一部負
担金、請求額を記載してください。