

横浜市・川崎市における小児医療費助成制度の  
対象拡大に係る請求事例  
(一部負担金徴収あり)

平成29年5月請求分(平成29年4月診療)より

鍼灸、あん摩・マッサージ編

神奈川県国民健康保険団体連合会

はり・きゅう施術療養費支給申請書の場合

機関コード

(はり・きゅう)

(平成 年 月 分)

特記事項	9	1. 社国	3. 後期	2. 本外	8. 高外	給付割合		
	減	2. 公費	4. 退職	4. 六外	0. 高外			
	炎	種類05. 鍼灸				8	9	10

公費負担者番号		8	1	1	4	*	*	*	*	保険者番号										
公費受給者番号		*	*	*	*	*	*	*	*	被保険者記号・番号										
療養を受けた者の氏名	(フリガナ)								被保険者氏名											
	男 女								(世帯主・組合員)		発病又は負傷の原因及びその経過									
生年月日		明・大・昭・平	年	月	日	今回施術期間		施術実日数		業務上・外、第三者行為の有無										
施 術 内 容 欄	初療年月日		平成	年	月	日	自平成		年	月	日	至平成		年	月	日	1業務上2第三者行為である3その他			
	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 ( )							発病又は負傷年月日										
	初検料		1はり 2きゅう 3はりきゅう併用							円		請求区分								
	施 術 料		はり							円×		回=		円		転				
	往 加									円		円		・転医 要 理 由 等						
	合計金額									円										
	一部負担金(1割・2割・3割)									円										
	請求金額									円										
	施術日		通院( ) 日 1 2 3 4 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																	
	請求欄		請求金額は、合計金額より一部負担金を差し引いた金額をご記載ください。																	
施 術 証 明 欄		住所 免許登録番号 _____ はり師 免許登録番号 _____ きゅう師 氏名 _____ 印 電話 _____																		
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。 平成 年 月 日 〒 _____ 住所 _____ 市町村 国民健康保険組合 世帯主 組合員 被保険者 氏名 _____ 印 電話 _____ 後期高齢者医療広域連合 長																		
支 払 機 関 欄		支払区分		預金の種類		金融機関名		銀行		本店		支店		出張所						
		1. 振込		1. 普通 2. 当座				信用金庫 農協												
		口座名義人						口座番号												
委 任 欄		本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。 平成 年 月 日 住所 _____ 世帯主 組合員 被保険者 氏名 _____ 印 住所 _____ 代理人 氏名 _____ 電話 _____																		
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		月 日から		月 日まで						

マッサージ施術療養費支給申請書の場合

機関コード

(マッサージ)

平成 年 月 分

特記事項

9	1. 社国	3. 後期	2. 本外	8. 高外1
マ	2. 公費	4. 退職	4. 六外	0. 高外7
			6. 家外	

給付割合	8	9	10
------	---	---	----

種類 04. マ

公費負担者番号	8 1 1 4 * * * *	保険者番号	
公費受給者番号	* * * * * * * *	被保険者記号・番号	
療養を受けた者の氏名	(フリガナ) 男 女	被保険者氏名 (世帯主・組合員)	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	発病又は負傷の原因及びその経過	
施術内容欄	初療年月日	今回施術期間	施術実日数
	平成 年 月 日	自平成 年 月 日 ~ 至平成 年 月 日	日
	傷病名又は症状		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
			発病又は負傷年月日
			年 月 日
	マッサージ	躯幹 円× 回= 円 右上肢 円× 回= 円 左上肢 円× 回= 円	請求区分 新規・継続 転 帰
	変形徒温	平成29年4月施術分より、小学4年生~6年生の通院1回につき負担上限額500円が発生します。1回の自己負担相当額が500円を超える場合が助成対象となります。	
	温罨法・		
	往療料加算 ( 2 km まで )	円× 回= 円	
合計金額	円		
一部負担金 ( 1 割 ・ 2 割 ・ 3 割 )	円		
請求金額	円		
施術日		27 28 29 30 31	
通院○	請求金額は、合計金額より一部負担金を差し引いた金額をご記載ください。		
往療◎	平成 年 月 日		
申請書	住所	住所	
申請欄	免許登録番号	あん摩マッサージ指圧師 氏名 印 電話	
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。 平成 年 月 日 住所		
申請欄	市町村 国民健康保険組合 後期高齢者医療広域連合 長	世帯主 組合員 被保険者 氏名	印 電話
支払機関欄	支払区分 1. 振込	預金の種類 1. 普通 2. 当座	金融機関名 銀行 信用金庫 農協 本店 支店 出張所
支払機関欄	口座名義人	口座番号	
委任欄	本請求に基づく療養費の受領を下記代理人に委任します。 平成 年 月 日 住所 世帯主 組合員 被保険者 氏名 印 住所 代理人 氏名 電話		
同意記録欄	同意医師の氏名	住所	同意年月日 傷病名 要加療期間 月 日から 月 日まで