

療養費(はり・きゅう・マッサージ施術)支給申請書

年 月 分

申請額	円	(記入不要) 決定額	円
-----	---	---------------	---

療養費(はり・きゅう・マッサージ施術)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

申請者 住 所:

氏 名:

電話番号: ( )

鹿児島県知事 殿

生年月日: 年 月 日

手帳区分	1 医療手帳	2 水俣病被害者手帳
○を付ける		

手帳番号	
------	--

- (注) 1 申請額は、保険で定められた総療養費のうちの自己負担分です。  
2 初回の申請は保険医の同意書(写しでも可)を添付してください。  
3 8回以上施術した場合は、複数枚提出してください。

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				
施術日	給付の別	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	領収額
年 月 日	○を付ける					円	円
施術日	給付の別	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	領収額
年 月 日	○を付ける					円	円
施術日	給付の別	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	領収額
年 月 日	○を付ける					円	円
施術日	給付の別	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	領収額
年 月 日	○を付ける					円	円
施術日	給付の別	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	領収額
年 月 日	○を付ける					円	円

上記のとおり医療の給付を行ったことを証明する。

免許番号(はり・きゅう・マッサージ)

所在地(〒)

施術機関名

電話番号

開設者氏名

印

同意記録	同意医師の氏名	住 所	同意年月日
			年 月 日

- (注) 1 保険医の同意について同意記録に記入してください。  
2 「施術日、種類、領収額」の記載欄の記載後、空白となった欄は、斜線等でその空欄を抹消してください。