第５号様式（第９条関係）　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　（保険適用分)

研究治療費（はり・きゅう・マッサージ施術療養費）支給申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請番号 |  |  |
| ふりがな |  | 住　所 |  |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  | 保険の名　称 | （本人・被扶養者） |
| 傷病名 |  |
| 施術を行ったはり·きゅう·ﾏｯｻｰｼﾞ師の住所氏名 | 住所： |
| 氏名： |
| 申 請 額 | 円 | 決定額※ | 　　　　　　　　　　　　　円 |
| 施 術 の 種 別 | 申　請　額　の　内　訳 | 同意書を発行した保険医の氏名等 |
| はり又はきゅう | 回　　　　　　　円 | 所在地 |
| はり・きゅう併用 | 回　　　　　　　円 | 病院名 |
| マ ッ サ ー ジ | 回　　　　　　　円 | 医師名 |
| 計 | 回　　　　　　　円 |

　　水俣病要観察者等治療研究事業実施要綱第５条の規定により，研究治療費（はり・

　きゅう・マッサージ施術療養費）の支給を受けたく，必要書類を添えて申請します。

　　　　　　年　　月　　日

 　 　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

 　　鹿児島県知事　殿

　（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）を添付してください。

　　　　３　※印欄は記入しないでください。

第６号様式（第９条関係）　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　（保険適用分）

はり・きゅう・マッサージ施術証明書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月分

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 住　　所 |  |
| 傷病名 |  | 保険の名称 |  　 　　(本人,被扶養者) |
| 施術日 | 施術の種別 | 総療養費 | 領収額 |
|  月　 日 | 給付の別○を付ける | １はり | ２きゅう | ３はり･きゅう併用 | ４マッサージ | 円 | 円 |
|  月　 日 | 給付の別○を付ける | １はり | ２きゅう | ３はり･きゅう併用 | ４マッサージ | 円 | 円 |
|  月　 日 | 給付の別○を付ける | １はり | ２きゅう | ３はり･きゅう併用 | ４マッサージ | 円 | 円 |
|  月　 日 | 給付の別○を付ける | １はり | ２きゅう | ３はり･きゅう併用 | ４マッサージ | 円 | 円 |
|  月　 日 | 給付の別○を付ける | １はり | ２きゅう | ３はり･きゅう併用 | ４マッサージ | 円 | 円 |
|  月　 日 | 給付の別○を付ける | １はり | ２きゅう | ３はり･きゅう併用 | ４マッサージ | 円 | 円 |

本書のとおり施術したことを証明する。

　　　年　　月　　日

 　　　　　　　　　　　　　　 　免許証番号

　　　　　　　　　　　　　　施術者 住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

 　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名　　　　　　　　　　　　

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |

（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　保険が適用される施術についてのみ証明してください。

　　　　　ただし，老人医療，健保本人等全額公費負担となるものは除きます。

　　　３　「施術日，施術の種別，総療養費」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。