

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・ マッサージ師の住所氏名		住所： ----- 氏名：	
申請額	円	決定額※	円
施術の種類別	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。

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
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。