

様式第8号

施術機関
コード

令和 年 月分

療養費支給申請総括票（I）

（請求者） 登録記号番号 — —
 施術管理者
 施術所名

保険者名等	本人		家族		計	
	件数	費用額	件数	費用額	件数	費用額
	件	円	件	円	件	円
合計						
(通信欄)						

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

国民健康保険等用

区分		件数	費用額
国民健康保険	25 一般被保険者		
	67 退職者		
39 後期高齢者医療			

国民健康保険(はり・きゅう)療養費総括票(Ⅱ)

令和 年 月 日 施術分下記のとおり請求する。

施術機関
コード

令和 年 月 日 提出

保険者コード			

(請求者) 登録記号番号

所在地

名称

施術管理者氏名

市 町 村 殿
国 保 組 合

	区 分	件 数	施術日数	施術料金
国民健康保険	(25) 一 般 被 保 険 者	(08) 70歳以上 一般・低所得	請 求	
		※決定		
		(07) 70歳以上 一般・7割	請 求	
		※決定		
		(25) 一 般 被 保 険 者	請 求 7 割	
		※決定 7 割		
	(67) 退 職 者	(03) 6 歳	請 求	
		※決定		
		(63) 本 人	請 求	
		※決定		
		(65) 被 扶 養 者	請 求	
		※決定		
	(61) 6 歳	請 求		
	※決定			

1. 保険者コード欄は必ず記載すること。
2. 本総括票は、保険者毎の申請書をまとめ、区分に従い集計し左上をとること。
3. 本総括票は、保険者毎に1枚添付する。従って毎月の返れい分申請書についても別に総括票を添付せず当月分に含めて集計すること。
4. ※印の欄は記入しないこと。

後期高齢者医療（はり・きゅう）療養費総括票（Ⅱ）

令和 年 月 施術分下記のとおり請求する。

令和 年 月 日 提出 施術機関
コード

広域連合コード						
3	9	0	1	0	0	4

(請求者) 登録 記号 番号

所 在 地

名 称

施術管理者氏名

北海道 後期高齢者医療 殿
広域連合

	区 分	件 数	施術日数	施術料金
後期 高齢者 医療	請 求	後期高齢 一般・低所得		
		後期高齢7割		
	※決定	後期高齢 一般・低所得		
		後期高齢7割		

(注) 本総括票は、後期高齢者医療療養費支給申請書をまとめ、1枚添付のうえ負担区分に従い集計し左上を綴じること。

国民健康保険(マッサージ)療養費総括票(Ⅱ)

令和 年 月 日 施術分下記のとおり請求する。

施術機関
コード

令和 年 月 日 提出

保険者コード			

(請求者) 登録記号番号

所在地

名称

施術管理者氏名

市 町 村 殿
国 保 組 合

	区 分	件 数	施術日数	施術料金
国民健康保険	(25) 70歳以上 一般・低所得	請求		
		※決定		
	(07) 70歳以上 一般・7割	請求		
		※決定		
	(25) 一 般 被保険者	請 割		
		求 7 割		
		※ 割		
		決 7 割		
	(03) 6 歳	請 求		
		※決定		
	(67) 本 人	請 求		
		※決定		
	(65) 被 扶 養 者	請 求		
		※決定		
(61) 6 歳	請 求			
	※決定			

1. 保険者コード欄は必ず記載すること。
2. 本総括票は、保険者毎の申請書をまとめ、区分に従い集計し左上をとること。
3. 本総括票は、保険者毎に1枚添付する。従って毎月の返れい分申請書についても別に総括票を添付せず当月分に含めて集計すること。
4. ※印の欄は記入しないこと。

後期高齢者医療(マッサージ)療養費総括票(Ⅱ)

令和 年 月 施術分下記のとおり請求する。

令和 年 月 日 提出 施術機関

コード

広域連合コード						
3	9	0	1	0	0	4

(請求者) 登録 記号 番号

所 在 地

名 称

施術管理者氏名

北 海 道 後期高齢者医療 殿
広 域 連 合

	区 分	件 数	施 術 日 数	施 術 料 金
後期高齢者医療	請 求	後期高齢 一般・低所得		
		後期高齢7割		
	※決定	後期高齢 一般・低所得		
		後期高齢7割		

(注) 本総括票は、後期高齢者医療療養費支給申請書をまとめ、1枚添付のうえ負担区分に従い集計し左上を綴じること。

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

機関コード

公費負担者番号, 公費受給者番号, 区市町村番号, 受給者番号, 特記事項, 給付割合, 種類 05 鍼灸, 保険者番号

被保険者欄: 被保険者証等の記号番号, 発病又は負傷年月日, 傷病名・発症又は負傷の原因及びその経過, 療養を受けた者の氏名, 続柄, 業務上・外、第三者行為の有無

初療年月日, 施術期間, 実日数, 請求区分, 傷病名, 転帰

施術内容欄: 初検料, 施術の種類 (はり・きゅう, 通所, 訪問施術料), 往療料, 施術報告書交付料, 合計, 一部負担金, 請求額

施術日 (訪問1, 訪問2, 往療3) の月別実績表

往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他)

施術証明欄: 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日 施術所 所在地 名称 電話番号

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。 令和 年 月 日 申請者 (被保険者) 住所 氏名 電話番号

支払機関欄: 支払区分 (振込, 銀行送金, 郵便局送金, 当地払), 預金の種類 (普通, 当座, 通知), 金融機関名, 口座番号

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

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) 氏名 代理人 住所 氏名

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程 (平成30年6月12日保発0612第2号通知) に従い行われるものです。
※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に署名してください。
※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

機関コード

公費負担者番号		特記事項	1 社国 3 後高	2 本外 4 六外 8 高外-	給付割合 8 9 10
公費受給者番号			2 公費 4 退職	6 家外 0 高外7	
区市町村番号		種類	05 鍼灸		
受給者番号		保険者番号			

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名	
			年 月 日			
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過		
		男・女		○業務上・外、第三者行為の有無		
明・大・昭・平・令 年 月 日生		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他				

施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分
	() 年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		日	新規・継続
	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 ()			転 帰 継続・治癒・中止・転医
	初検料 (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)	円			摘 要
	施 はり	円×	回=	円	
	術 きゅう	円×	回=	円	
	料 はり・きゅう併用	円×	回=	円	
	電療料 (1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)	円×	回=	円	
	往療料 4kmまで	円×	回=	円	
	往療料 4km超	円×	回=	円	
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円×	回=	円		
合 計	円				
一部負担金 (1割・2割・3割)	円				
請 求 額	円				

施術日 通院○ 往療◎	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
-------------------	---	---

施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。	保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地
	令和 年 月 日	施術所	所在地
	登録記号番号	名称	電話
	施術管理者	氏名	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。	〒	—
	令和 年 月 日	申請者	住所
	殿	(被保険者)	氏名
			電話

支 払 機 関 欄	支払区分	預金の種類	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所
	1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送 4. 当地払	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		
	口座名義 カタカナで記入	口座番号		郵便局

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
			令和 年 月 日		

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日					
申請者 住所		代理人 住所			
(被保険者) 氏名		氏名			

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程(平成30年6月12日保発0612第2号通知)に従い行われるものです。
 ※ 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に署名してください。
 ※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

機関コード

公費負担者番号, 公費受給者番号, 区市町村番号, 受給者番号, 特記事項, 1 社国 3 後高 2 本外 4 六外 8 高外一 6 家外 0 高外7, 給付割合 8 9 10, 種類 04 マ, 保険者番号

被保険者欄: 〇被保険者証等の記号番号, 〇発病又は負傷年月日, 〇傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過, 療養を受けた者の氏名, 続柄, 〇業務上・外、第三者行為の有無, 〇施術した場所 (入居施設や住所地利特等、保険証住所と異なる場合に記載)

施術内容欄: 初療年月日, 施術期間, 実日数, 請求区分, 傷病名及び症状, マッサージ (施術料), 温電法 (加算), 変形徒手矯正術 (加算), 特別地域 (加算), 往療料, 施術報告書交付料, 合計, 一部負担金 (1割・2割・3割), 請求額, 施術日 訪問1, 訪問2, 訪問3

施術証明欄: 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日 施術所 所在地 名称 施術管理者 氏名 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。 令和 年 月 日 申請者 (被保険者) 殿 住所 氏名 電話

支払機関欄: 支払区分 (振込, 銀行送金, 郵便局送金, 当地払), 預金の種類 (普通, 当座, 通知, 別段), 金融機関名 (銀行, 金庫, 農協), 本店, 支店, 出張所, 口座名義 (カタカナで記入), 口座番号, 郵便局

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

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) 氏名 代理人 住所 氏名

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程 (平成30年6月12日保発0612第2号通知) に従い行われるものです。
※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に署名してください。
※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

機関コード

公費負担者番号		特記事項	1 社国 3 後高	2 本外 8 高外-	給付割合
公費受給者番号			2 公費 4 退職	4 六外 0 高外7	
区市町村番号			種類 04 マ		8 9 10
受給者番号		保険者番号			

被保険者欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名	
			年 月 日			
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過		
		男・女		○業務上・外、第三者行為の有無		
明・大・昭・平・令 年 月 日生		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他				

施術内容欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	
	() 年 月 日	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		日	新規・継続	
	傷病名又は症状				転 帰	
					継続・治癒・中止・転医	
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×	回=	円	摘 要
		右上肢	円×	回=	円	
		左上肢	円×	回=	円	
		右下肢	円×	回=	円	
		左下肢	円×	回=	円	
	温電法(加算)	円×	回=	円		
	温電法・電気光線器具(加算)	円×	回=	円		
	変形徒手矯正術(加算) ※温電法との併施は不可	右上肢	円×	回=	円	
左上肢		円×	回=	円		
右下肢		円×	回=	円		
左下肢		円×	回=	円		
往療料 4kmまで	円×	回=	円			
往療料 4km超	円×	回=	円			
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円×	回=	円			
合 計			円			
一部負担金(1割・2割・3割)			円			
請 求 額			円			

施術日	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
通院○		
往療◎		

施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地
	令和 年 月 日	施術所	所在地	
	登録記号番号	施術管理者 氏名	名称	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。			
	令和 年 月 日	申請者 (被保険者) 殿	住所	氏名 電話

支払機関欄	支払区分	預金の種類	金融機関名	銀行 本店
	1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払	1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段		金庫 支店 農協 出張所
	口座名義カタカナで記入	口座番号		郵便局

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
			令和 年 月 日		

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日

申請者 住所 代理人 住所

(被保険者) 氏名 氏名

※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程(平成30年6月12日保発0612第2号通知)に従い行われるものです。
 ※ 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に署名してください。
 ※ ただし、当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術管理者等が代理記入をし当該患者から押印を受けてください。