

文京区国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則を公布する。  
令和八年十月七日

文京区長

成

澤

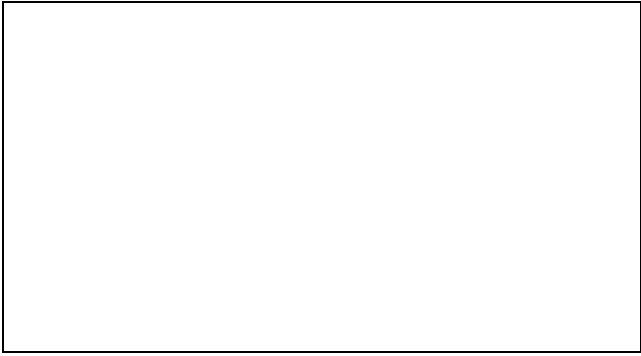
廣

修

文京区規則第八十四号

文京区国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則

文京区国民健康保険条例施行規則（昭和三十五年一月文京区規則第一号）の一部を次のように改正する。  
別記様式第四号及び別記様式第四号の二を次のように改める。



(お問合せ先)  
文京区役所

資格情報通知書  
(資格情報のお知らせ)

交付者名  
保険者番号

あなたの加入する国民健康保険の資格情報を下記のとおりお知らせします。

なお、このお知らせのみでは受診できません。

| 記 号      |  | 番 号 | (枝番) |
|----------|--|-----|------|
| 氏名       |  |     |      |
| フリガナ     |  |     |      |
| 一部負担金の割合 |  |     |      |
| 発効期日     |  |     |      |
| 適用開始年月日  |  |     |      |
| 交付年月日    |  |     |      |

スマートフォンをお持ちの方は、以下の二次元コードからマイナポータルにログインすることで、ご自身の健康保険の資格情報を確認することができます。ぜひご活用ください。

—マイナポータルへのアクセス・ダウンロードはこちら—



マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合については、スマートフォンの資格情報画面をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます（スマートフォンをお持ちでない方は、この文書をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます）。

下部を切り取ってご利用いただくこともできます  
(このお知らせのみでは受診できません)

資格情報通知書  
(資格情報のお知らせ)

発行

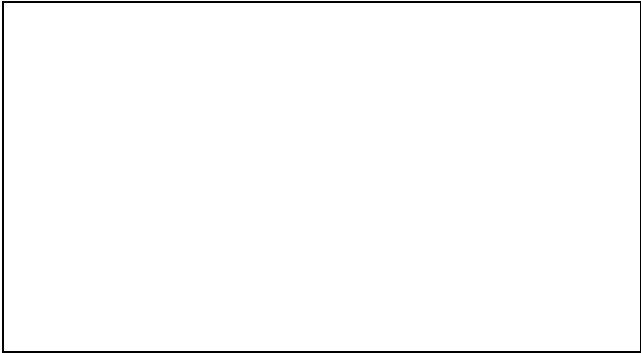
交付者名  
保険者番号

記号                      番号                      (枝番)

氏名

適用開始年月日

受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です。



(お問合せ先)  
文京区役所

資格情報通知書  
(資格情報のお知らせ)

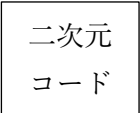
交付者名  
保険者番号  
有効期限

あなたの加入する国民健康保険の資格情報を下記のとおりお知らせします。  
なお、このお知らせのみでは受診できません。

|          |  |     |      |
|----------|--|-----|------|
| 記 号      |  | 番 号 | (枝番) |
| 氏名       |  |     |      |
| フリガナ     |  |     |      |
| 一部負担金の割合 |  |     |      |
| 発効期日     |  |     |      |
| 適用開始年月日  |  |     |      |
| 交付年月日    |  |     |      |

スマートフォンをお持ちの方は、以下の二次元コードからマイナポータルにログインすること  
で、ご自身の健康保険の資格情報を確認することができます。ぜひご活用ください。

ーマイナポータルへのアクセス・ダウンロードはこちらー



マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合については、スマートフォンの資格情報画面  
をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます（スマートフォン  
をお持ちでない方は、この文書をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診  
いただけます）。

下部を切り取つてご利用いただくこともできます  
(このお知らせのみでは受診できません)

資格情報通知書  
(資格情報のお知らせ)

発行

交付者名  
保険者番号  
有効期限

記号  
氏名  
一部負担金の割合  
適用開始年月日  
番号  
(枝番)  
発効期日

受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です。

別記様式第十号から別記様式第十二号までを次のように改める。

|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|----------------------------|------------|---------|---|-------------|----------|--------------|---|---|---|----------------|-------------|----|----|----|-------|-------------|----|----|----|---------------|------------|---------|-------|----|---------------|---------|----|----|----------|----------------------|-----|----------|----------------------|--|---------------|--|----------|------|--|---------------|--|-----|--|--|-----|--|--|--|--|
| 柔道整復施術療養費支給申請書             |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    | 都道府県<br>番 号   |            | 施術機関コード |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
| 年 月分                       |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    | 保 険 者 番 号     |            |         |       |    | 1             |         | 3  |    | 8        |                      | 0   |          | 5                    |  | 7             |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
| —                          |            |         |   |             |          |              |   |   |   | —              |             |    |    |    |       |             |    |    |    | 記号・番号         |            |         | 05— ・ |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
| 公費負担者番号①                   |            |         |   |             |          |              |   |   |   | 公費負担医療の受給者番号①  |             |    |    |    |       |             |    |    |    | 保険<br>種別      | 1 協        |         | 2 組   |    | 3 共           |         |    |    | 単併<br>区分 | 1 単独<br>2 2併<br>3 3併 |     | 本家<br>区分 | 2 本人<br>4 六歳<br>6 家族 |  | 8 高一<br>0 高7  |  | 給付<br>割合 | 10・9 |  | 8・7           |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
| 公費負担者番号②                   |            |         |   |             |          |              |   |   |   | 公費負担医療の受給者番号②  |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               | 4 国        |         | 6 後期  |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
| 被保険者<br>世帯主・組合員の<br>受給者    |            |         |   |             | 氏名<br>住所 |              |   |   |   | 氏名             |             |    |    |    | 住所    |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
| 施<br>術<br>の<br>内<br>容<br>欄 | 療養を受けた者の氏名 |         |   |             |          |              |   |   |   |                | 生 年 月 日     |    |    |    |       |             |    |    |    |               | 負傷の原因      |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            | 1男         |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            | 2女         |         |   |             |          |              |   |   |   |                | 年 月 日       |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            | 負 傷 名      |         |   |             |          |              |   |   |   |                | 負 傷 年 月 日   |    |    |    |       | 初 検 年 月 日   |    |    |    |               | 施術開始年月日    |         |       |    |               | 施術終了年月日 |    |    |          |                      | 実日数 |          | 継続月数                 |  | 転 帰           |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            | (1)        |         |   |             |          |              |   |   |   |                | ・ ・         |    |    |    |       | ・ ・         |    |    |    |               | ・ ・        |         |       |    |               | ・ ・     |    |    |          |                      |     |          |                      |  | 治癒・中止・転医      |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            | (2)        |         |   |             |          |              |   |   |   |                | ・ ・         |    |    |    |       | ・ ・         |    |    |    |               | ・ ・        |         |       |    |               | ・ ・     |    |    |          |                      |     |          |                      |  | 治癒・中止・転医      |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            | (3)        |         |   |             |          |              |   |   |   |                | ・ ・         |    |    |    |       | ・ ・         |    |    |    |               | ・ ・        |         |       |    |               | ・ ・     |    |    |          |                      |     |          |                      |  | 治癒・中止・転医      |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            | (4)        |         |   |             |          |              |   |   |   |                | ・ ・         |    |    |    |       | ・ ・         |    |    |    |               | ・ ・        |         |       |    |               | ・ ・     |    |    |          |                      |     |          |                      |  | 治癒・中止・転医      |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            | (5)        |         |   |             |          |              |   |   |   |                | ・ ・         |    |    |    |       | ・ ・         |    |    |    |               | ・ ・        |         |       |    |               | ・ ・     |    |    |          |                      |     |          |                      |  | 治癒・中止・転医      |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            | 経 過        |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
| 施術日                        |            | 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       |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
| 初検料<br>加算(休日・深夜・時間外)       |            |         |   |             | 円        |              |   |   |   | 初検時相談<br>支援料   |             |    |    |    | 円     |             |    |    |    | 往療料 km<br>回 円 |            |         |       |    | 金属副子等<br>加算 円 |         |    |    |          | 回 円                  |     |          |                      |  | 施術情報<br>提供料 円 |  |          |      |  | 明細書発行<br>加算 円 |  |     |  |  | 計 円 |  |  |  |  |
| 再検料                        |            |         |   |             | 円        |              |   |   |   | 加算(夜間・難路・暴風雨雪) |             |    |    |    | 円     |             |    |    |    | 柔道整復<br>運動後療料 |            |         |       |    | 円             |         |    |    |          | 円                    |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
| 整復料・固定料・施療料                |            |         |   |             |          |              |   |   |   | (1) 円          |             |    |    |    | (2) 円 |             |    |    |    | (3) 円         |            |         |       |    | (4) 円         |         |    |    |          | (5) 円                |     |          |                      |  | 計 円           |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
| 部位                         |            | 通減<br>% |   | 通減開始<br>月 日 |          | 後療料<br>円 回 円 |   |   |   |                | 冷電法料<br>回 円 |    |    |    |       | 温電法料<br>回 円 |    |    |    |               | 電療料<br>回 円 |         |       |    |               | 計 円     |    |    |          |                      | 多部位 |          | 計 円                  |  |               |  |          | 長期   |  | 頻回            |  | 計 円 |  |  |     |  |  |  |  |
| (1)                        |            | 100     |   | —           |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      | —   |          | —                    |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
| (2)                        |            | 80      |   | —           |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      | 0.8 |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            | 100     |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      | —   |          | —                    |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |
|                            |            |         |   |             |          |              |   |   |   |                |             |    |    |    |       |             |    |    |    |               |            |         |       |    |               |         |    |    |          |                      |     |          |                      |  |               |  |          |      |  |               |  |     |  |  |     |  |  |  |  |

別記様式第11号(第3条関係)

療 養 費 支 給 申 請 書( 年 月分)(はり・きゅう用)

|                                                                              |                                         |                |      |   |   |   |                                                        |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------|------|---|---|---|--------------------------------------------------------|---|------------|---|---|----------------------|-----------------------------------------|---|---|---------------------------|----|----|--------------------------|----|----|-------------------------|----|----|---------|----|----|------|----|----|------|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄                                                        | ○保険者番号                                  |                |      |   |   |   | ○被保険者資格の<br>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 |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 1                                       | 3              | 8    | 0 | 5 | 7 | 05— .                                                  |   | 年 月 日      |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 療 養 を<br>受 け た 者<br>の 氏 名               |                |      |   |   |   | (フリガナ)                                                 |   |            |   |   |                      | 続 柄                                     |   |   | ○業務上・外、第三者行為の有無           |    |    |                          |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              |                                         |                |      |   |   |   | 男・女                                                    |   |            |   |   |                      |                                         |   |   | 1 業務上 2 第三者行為<br>3 その他( ) |    |    |                          |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
| 年 月 日生                                                                       |                                         |                |      |   |   |   |                                                        |   |            |   |   |                      | ○施術した場所(施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載) |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
| 施<br>術<br>内<br>容<br>欄                                                        | 初 療 年 月 日                               |                |      |   |   |   | 施 術 期 間                                                |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    | 実日数                      |    |    | 請 求 区 分                 |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | ( ) 年 月 日                               |                |      |   |   |   | 自・ 年 月 日～至・ 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<br>5 腰痛症 6 頸椎捻挫後遺症 7 その他( ) |   |            |   |   |                      | 転 帰                                     |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 初 検 料                                   |                |      |   |   |   | 摘 要                                                    |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 1はり 2きゅう 3はりきゅう併用                       |                |      |   |   |   |                                                        |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    | 円       |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 施<br>術<br>料                             | はり・きゅう         |      |   |   |   |                                                        |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    | 施術の種類   |    |    | 1術 回 |    |    | 2術 回 |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              |                                         | 通所             |      |   |   |   |                                                        |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    | 円× 回＝ 円 |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              |                                         | 訪問施術料 1        |      |   |   |   |                                                        |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    | 円× 回＝ 円 |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              |                                         | 訪問施術料 2        |      |   |   |   |                                                        |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    | 円× 回＝ 円 |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              |                                         | 訪問施術料 3(3人～9人) |      |   |   |   |                                                        |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    | 円× 回＝ 円 |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 電療料(加算／ 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)            |                |      |   |   |   |                                                        |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    | 円× 回＝ 円 |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 特 別 地 域 (加 算)                           |                |      |   |   |   |                                                        |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    | 円× 回＝ 円 |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 往 療 料                                   |                |      |   |   |   |                                                        |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    | 円× 回＝ 円 |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 施術報告書交付料(前回支給： 年 月分)                    |                |      |   |   |   | 円× 回＝ 円                                                |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 明 細 書 発 行 加 算                           |                |      |   |   |   | 円× 回＝ 円                                                |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 費 用 額 計                                 |                |      |   |   |   | 円                                                      |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 施術日                                     |                | 訪問1① |   | 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 |  |  |  |  |  |  |
| 通所○ 訪問2②                                                                     |                                         |                |      |   |   |   |                                                        |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
| 往療◎ 訪問3③                                                                     |                                         |                |      |   |   |   |                                                        |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
| ○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<br>術<br>証<br>明<br>欄                                                        | 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。<br>年 月 日       |                |      |   |   |   |                                                        |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    | 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 |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 免許登録番号_____ はり 師 住 所                    |                |      |   |   |   |                                                        |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 免許登録番号_____ きゅう師 氏 名 電話                 |                |      |   |   |   |                                                        |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
| 申<br>請<br>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。<br>年 月 日  |                |      |   |   |   |                                                        |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    | 申請者 住所<br>(被保険者) 氏名 電話   |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 文京区長 殿                                  |                |      |   |   |   |                                                        |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
| 支<br>払<br>機<br>関<br>欄                                                        | 支払区分                                    |                |      |   |   |   | 預金の種類                                                  |   |            |   |   |                      | 金融機関名                                   |   |   |                           |    |    | 銀行 本店<br>金庫 支店<br>農協 出張所 |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 1 振 込 2 銀行送金 3 郵便局送金 4 当地払<br>3 通知 4 別段 |                |      |   |   |   | 1 普通 2 当座                                              |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
| 同<br>意<br>記<br>録                                                             | 口座名義<br>カタカナで記入                         |                |      |   |   |   | 口座番号                                                   |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    | 郵便局                      |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
|                                                                              | 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。 年 月 日                                           |                                         |                |      |   |   |   |                                                        |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
| 申請者 住所<br>(被保険者) 氏名                                                          |                                         |                |      |   |   |   |                                                        |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |
| 住所<br>代理人 氏名                                                                 |                                         |                |      |   |   |   |                                                        |   |            |   |   |                      |                                         |   |   |                           |    |    |                          |    |    |                         |    |    |         |    |    |      |    |    |      |    |    |    |    |    |    |  |  |  |  |  |  |

※ 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)場合に記入してください。

## 療養費支給申請書( 年 月分)(あんま・マッサージ用)

|                                                                              |                               |                            |   |   |   |              |                   |            |         |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|---|---|---|--------------|-------------------|------------|---------|-------|----------------------|------------------------|-------|-------|-------------------------|----|-----|----|--------------------------|----|-------|----|-------|----|----|-------------|----|----|----|----|----|----|----|
| 被保険者欄                                                                        | ○保険者番号                        |                            |   |   |   | ○被保険者資格の記号番号 |                   | ○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 |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              | 1                             | 3                          | 8 | 0 | 5 | 7            | 05— .             |            | 年 月 日   |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              | 療養を受けた者の氏名                    |                            |   |   |   | (フリガナ)       |                   |            |         | 続柄    |                      | ○業務上・外、第三者行為の有無        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              |                               |                            |   |   |   | 男・女          |                   |            |         |       |                      | 1 業務上 2 第三者行為 3 その他( ) |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
| ○施術した場所(施設等に入居している場合及び被保険者の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  |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              | ( ) 年 月 日                     |                            |   |   |   |              | 自・ 年 月 日～至・ 年 月 日 |            |         |       |                      |                        |       |       |                         |    | 日   |    |                          |    | 新規・継続 |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              | 傷病名及び症状                       |                            |   |   |   |              |                   |            |         |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    | 転 帰         |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              |                               |                            |   |   |   |              |                   |            |         |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    | 継続・治癒・中止・転医 |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              | 施術料                           | マッサージ(施術料)                 |   |   |   |              |                   |            | 同意部位    | (軀幹)  | (右上肢)                | (左上肢)                  | (右下肢) | (左下肢) | 摘 要                     |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              |                               |                            |   |   |   |              |                   |            | 施術回数    | 回     | 回                    | 回                      | 回     | 回     |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              |                               | 通所                         |   |   |   |              |                   |            | 円× 回＝ 円 |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              |                               | 訪問施術料 1                    |   |   |   |              |                   |            | 円× 回＝ 円 |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              |                               | 訪問施術料 2                    |   |   |   |              |                   |            | 円× 回＝ 円 |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              |                               | 訪問施術料 3(3人～9人)             |   |   |   |              |                   |            | 円× 回＝ 円 |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              |                               | 温 罨 法 (加 算)                |   |   |   |              |                   |            | 円× 回＝ 円 |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              |                               | 温罨法・電気光線器具(加算)             |   |   |   |              |                   |            | 円× 回＝ 円 |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              |                               | 変形徒手矯正術(加算)<br>※温罨法との併施は不可 |   |   |   |              |                   |            | 同意部位    | (右上肢) | (左上肢)                | (右下肢)                  | (左下肢) |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              |                               |                            |   |   |   |              |                   |            | 施術回数    | 回     | 回                    | 回                      | 回     |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              |                               |                            |   |   |   |              |                   |            | 円× 回＝ 円 |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              |                               | 特 別 地 域 (加 算)              |   |   |   |              |                   |            | 円× 回＝ 円 |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              | 往 療 料                         |                            |   |   |   |              |                   | 円× 回＝ 円    |         |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              | 施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)         |                            |   |   |   |              |                   | 円× 回＝ 円    |         |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              | 明 細 書 発 行 加 算                 |                            |   |   |   |              |                   | 円× 回＝ 円    |         |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              | 合 計                           |                            |   |   |   |              |                   |            |         |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
| 施術日                                                                          | 訪問1①                          |                            | 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 |
| 通所○                                                                          | 訪問2②                          |                            |   |   |   |              |                   |            |         |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
| 往療◎                                                                          | 訪問3③                          | 月                          |   |   |   |              |                   |            |         |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
| ○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。      |                            |   |   |   |              |                   |            |         |       | 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 |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              | 年 月 日                         |                            |   |   |   |              |                   |            |         |       | 〒                    |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
| 申請欄                                                                          | 免許登録番号                        |                            |   |   |   |              |                   |            |         |       | 住所                   |                        |       |       | 氏 名 電話                  |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              | あん摩マッサージ指圧師                   |                            |   |   |   |              |                   |            |         |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
| 支払機関欄                                                                        | 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。 |                            |   |   |   |              |                   |            |         |       | 〒                    |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              | 年 月 日                         |                            |   |   |   |              |                   |            |         |       | 申請者 住所               |                        |       |       | 氏名 電話                   |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
| 同意記録                                                                         | 文京区長 殿                        |                            |   |   |   |              |                   |            |         |       | 氏名                   |                        |       |       | 電話                      |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              | 支払区分                          |                            |   |   |   |              |                   |            |         |       | 預金の種類                |                        |       |       | 金融機関名                   |    |     |    | 銀行 本店<br>金庫 支店<br>農協 出張所 |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
| 同意記録                                                                         | 1 振 込 2 銀行送金                  |                            |   |   |   |              |                   |            |         |       | 1 普通 2 当座            |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              | 3 郵便局送金 4 当地払                 |                            |   |   |   |              |                   |            |         |       | 3 通知 4 別段            |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
| 同意記録                                                                         | 口座名義                          |                            |   |   |   |              |                   |            |         |       | 口座番号                 |                        |       |       |                         |    |     |    | 郵便局                      |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
|                                                                              | カタカナで記入                       |                            |   |   |   |              |                   |            |         |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
| 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                   |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
| 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。                                                 |                               |                            |   |   |   |              |                   |            |         |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
| 年 月 日                                                                        |                               |                            |   |   |   |              |                   |            |         |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
| 申請者 住所<br>(被保険者) 氏名                                                          |                               |                            |   |   |   |              |                   |            |         |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
| 住所                                                                           |                               |                            |   |   |   |              |                   |            |         |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |
| 代理人 氏名                                                                       |                               |                            |   |   |   |              |                   |            |         |       |                      |                        |       |       |                         |    |     |    |                          |    |       |    |       |    |    |             |    |    |    |    |    |    |    |

※ 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)場合に記入してください。

## 付 則

### （施行期日）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

### （経過措置）

- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の文京区国民健康保険条例施行規則に規定する様式による用紙で現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。