

被保険者
 被扶養者

療養費支給申請書 (はり・きゅう)

記入例

※1か月ごとに申請してください

被保険者が記入するところ	(1) 被保険者等	記号	0000		番号	11111																											
	(2) 被保険者	氏名	太陽 花子		(3) 被保険者が勤務する(していた)部署支社、関連会社の名称	太陽生命〇〇支社																											
		生年月日	昭	平				50年4月1日(48歳)																									
	(4) 療養を受けた方	氏名	太陽 花子		(5) 被保険者との続柄	本人																											
		生年月日	昭	平				50年4月1日(48歳)																									
	(6) 傷病名	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> リウマチ <input checked="" type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他()				(7) 発病又は負傷年月日	平	令	3年4月1日																								
	(8) 発病又は負傷の原因および経過	*なるべく詳しく記入してください 令和3年4月頃より整形外科に通院し治療を受けたが改善せず、医師にはり灸の施術を薦められた。その後、良好。																															
	(9) 医療機関の治療の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり (医療機関名 ひまわり整形外科)		受診時期		令和3年4月～令和4年10月																											
	(10) 鍼灸院での施術内容	疼痛がある筋肉にはりを打ったり、低周波治療をしてもらった。																															
	(11) 診療期間	自	平	令	5年3月1日	(12) 施術に要した額	3,288 円																										
至		平	令	5年3月15日	2日間																												
(13) 第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	該当せず						加害者の氏名																									
(14) 振込口座	在籍者	給与口座にお振込みいたします。																															
	退職者	※退職者の方は振込希望の銀行口座を記入してください。																															
		金融機関名称	本・支店名	種別	口座番号	名義人(カナ)																											
	〇×銀行	〇×支店	普通	1234567	タイヨウ ハナコ																												
施術者(はり師・きゅう師)記入欄(保険適用分)	(15) 施術内容	初療年月日	平	令	4年11月1日	施術期間	自	令和5年3月1日	実日数	2日	請求区分	新規・継続																					
							至	令和5年3月31日	転帰	継続・治療・中止・転医																							
		初検料 (1.はり 2.きゅう 3.はりきゅう併用)			円	摘要																											
	施術料	はり・きゅう	施術の種類		1術	回	2術	2	回																								
		通所																															
		訪問施術料 1																															
		訪問施術料 2																															
		訪問施術料 3 (3人)																															
	訪問施術料 3 (10人)																																
	電療料(加算) / 1電気針 2電気温灸器 3...																																
特別地域(加算)																																	
往療料																																	
施術報告書交付料(前回支給: 年)																																	
合計																																	
施術日	訪問1 ①	3	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
通所〇	訪問2 ②																																
往療◎	訪問3 ③																																
〇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. 施術所在地		2. 出張専門施術者住所地																	
令和5年3月31日												〒 〇〇〇 - ××××																					
免許登録番号 〇〇〇〇〇〇〇-0-0												所在地		東京都城南區城南1-2-3																			
はり・きゅう師 ひまわり 太郎												施術所 名称		太陽ひまわり鍼灸院 TEL 03(0000)2222																			
同意記録	同意医師の住所・氏名		同意年月日		傷病名		要加療期間																										
	住所 東京都城西區城西1-2-3		令和4年10月31日		頸腕症候群																												
申請欄	(16) 上記のとおり申請します。 令和5年4月10日																																
	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇																																
	住所 東京都東區東城1-2-3																																
	被保険者のフリガナ タイヨウ ハナコ																																
氏名 太陽 花子 TEL 03(0000)1111																																	
受付日付印																																	

**施術管理者へ記入を
依頼 してください**

＜添付書類＞
 ①領収書(原本) ※施術日毎の領収書
 ②医師の同意書(原本) ※初回及び再同意書を発行された場合
 ③施術報告書 ※施術報告書交付料を支払った場合

※振込口座を公金受取口座とする場合は本申請書とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。