太陽生命健康保険組合理事長　殿

☑ 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（50 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（50 歳）		
	(6) 傷病名	☐ 神経痛　☐ リウマチ　☑ 頚腕症候群 ☐ 五十肩　☐ 腰痛症　☐ 頚椎捻挫後後遺症 ☐ その他（　　）		(7) 発病又は負傷年月日	平・令　7 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	☑ あり　（医療機関名　ひまわり整形外科　受診時期　令和 7 年 3 月 ～ 令和 7 年 7 月 ☐ なし			
	(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) 施術期間	自　平・令　7 年　10 月　1 日 至　平・令　7 年　10 月　31 日　2 日間		(12) 施術に要した額	3，288　円
	(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	
				加害者の住所	
	(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　7 年　8 月　1 日	施術期間	自 令和 7 年 10 月 1 日	実日数	2 日
					至 令和 7 年 10 月 31 日	転帰	継続・治癒・中止・転医
		初検料（1.はり　2.きゅう　3.はりきゅう併用）		円		摘要	
		施術料	はり・きゅう				
			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　月分）					
		合計		3，740　円			

請求区分：新規・継続

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

施術日	訪問1 ①	10 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
通所〇	訪問2 ②							〇																		〇							
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っての外出困難　2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難　3. その他（　　））

【施術証明欄】　上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。

令和　7 年　10 月　31 日

免許登録番号　00000000－0－0

はり・きゅう師　ひまわり　太郎

保健所登録区分　1.施術所在地　2.出張専門施術者住所地

施術所　〒　〇〇〇 － ××××
所在地　東京都城南区城南1－2－3
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　東京都城西区城西1－2－3 氏名　日本　次郎	令和 7 年 7 月 1 日	頚腕症候群	

申請欄

(16) 上記のとおり申請します。　令和 7 年 11 月 10 日

被保険者の
〒　000 － 0000
住所　東京都城東区城東1－2－3
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

※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。