

記入例

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・きゆう)

※1か月ごとに申請してください

被 保 者 が 記 入 す る こ ろ	(1) 被保険者証	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勧められた。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	その事実と届出の有無			該当せず									
(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・きゆう師)記入欄(保険適用分)	初療年月日	平	令	4年11月1日	施術期間	自	令	5年3月1日	実日数	2日	請求区分	新規	継続
						至	令	5年3月31日	転帰	継続	治療	中止	転医
	初検料(1.はり 2.きゆう 3.はりきゆう併用)				円	摘要							
	施 術 料	はり											
		きゆう											
		はり・きゆう											
		電療料(電気光線器)											
	往療料	往療料											
	往療料	往療料											
	施術報告書交付料(前回支)												
合 計													
施術日	3												
【施術証明欄】	上記のと 令和 5												
免許登録番号	00000000-0-0												
	はり・きゆう師 氏名			ひまわり 太郎		印	電話番号		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 東京都城西区域西1-2-3			令和4年10月31日		頸腕症候群							
	氏名 日本 次郎												
申 請 欄	(16) うえのとおり申請します。 令和5年4月10日												
	TEL 03 (0000) 1111												
	〒 000 - 0000												
	住所 東京都東区域東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												

※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) ※初回及び再同意で発行された場合
- ③施術報告書(写し) ※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。

受付日付印