

被保険者
 被扶養者

療養費支給申請書（はり・きゅう）

※1か月ごとに申請してください

被 保 険 者 が 入 す る こ ろ	(1) 被保険者証	記号		番号					
	(2) 被保険者	氏名		(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					
		生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)						
	(4) 療養を受けた方	氏名		(5) 被保険者との続柄					
		生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)						
	(6) 傷病名	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頰腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頰椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他()			(7) 発病又は負傷年月日	平・令 年 月 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							
(9) 医療機関の治療の有無	<input type="checkbox"/> あり (医療機関名) <input type="checkbox"/> なし		受診時期						
(10) 鍼灸院での施術内容									
(11) 診療期間	自	平・令 年 月 日	日間	(12) 施術に要した額	円				
	至	平・令 年 月 日							
(13) 第三者の行為による負傷とありと	その事実と届出の有無		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)			
(15) 施術者(はり師・きゅう師)記入欄(保険適用分)	初療年月日	平・令 年 月 日	施術期間	自 令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続	
				至 令和 年 月 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		円×	回=	円			
		きゅう		円×	回=	円			
		はり・きゅう併用		円×	回=	円			
		電療料(電気針・電気温灸器・電気光線器具)		円×	回=	円			
	往療料	往療料 4kmまで	円×	回=	円				
	往療料	往療料 4km超	円×	回=	円				
	施術報告書交付料(前回支給)		円×	回=	円				
	合 計			円					
	施術日	月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31							
	【施術証明欄】 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日 所在地 施術所 名称 免許登録番号 はり・きゅう師氏名 電話番号 ()								
	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		令和 年 月 日					
申請欄	(16) うえのとおり申請します。 令和 年 月 日		TEL ()						
	〒 住 所 被保険者のフリガナ 氏 名								

※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