

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

被保険者が記入するところ	(1) 被保険者等	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			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																								
(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			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)																										
<table border="1"> <tr> <td>普通</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										普通																						
普通																																
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	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	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																										
		訪問施術料 3 (10人以上)	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																										
		合計			円																											
		施術日	訪問1 ①	1	2	3	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
	通所	訪問2 ②																														
	往療	訪問3 ③																														
	○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。		令和		年	月	日	保健所登録区分		1.施術所在地		2.出張専門施術者住所地																				
	免許登録番号		所在地		令和		年	月	日	〒		-																				
	はり・きゅう師		施術所		名称		TEL		( )																							
同意記録	同意医師の住所・氏名		同意年月日		傷病名		要治療期間																									
	住所		令和		年	月	日																									
申請欄	(16) 上記のとおり申請します。		令和		年	月	日																									
	〒		住所																													
	被保険者のフリガナ		氏名		TEL		( )																									

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。