

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"/> 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	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) 施術期間	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)																											
(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	日	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			概要																									
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	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	訪問2 ②	月																															
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。												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 年 月 日												〒		-																			
免許登録番号												所在地																					
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		要加療期間																
	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。