

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書(はり・きゅう用)

(年 月分)

被 保 險 者 欄	被保険者証 記号・番号		被保険者 氏名		所属						
	被保険者 住所	〒 _____ 電話 (_____)									
	療養を 受けた 対象者	氏名 _____		続柄 _____		生年月日 _____年 ____月 ____日					
	発病・負傷 の 詳細	発症・負傷原因 _____		傷病名 _____		発病年月日 _____年 ____月 ____日					
施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間			実日数	請 求 区 分					
	年 月 日	自 _____年 ____月 ____日 至 _____年 ____月 ____日			日	新 規 ・ 継 続					
	傷病名	1.神経痛 2.リウマチ 3.頸腕症候群 4.五十肩 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他(_____)				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	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> 受付日 </div>					
	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 (1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具)		円 × 回 =			円				
	往 療 料 4kmまで		円 × 回 =		円						
	往 療 料 4km超		円 × 回 =		円						
	施術報告書交付料 (前回支給: _____年 ____月分)				円						
	合 計				円						
一 部 負 担 金 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)				円							
請 求 額				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									
通院○ 往療◎											
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.施術所所在地 2.出張専門施術者住所地					
	_____年 ____月 ____日 施術所 所在地 名称 _____				登録記号番号 _____ 施術管理者 氏名 _____ ㊤						
同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所		同意年月日	傷病名	要加療期間					
	_____	_____		_____年 ____月 ____日	_____	_____					

※ 振込口座欄は被保険者欄と一致し、被保険者が記入してください。

上記のとおり申請します。

振 込 口 座	在職中の方	私は事業主を代理人と定め、本申請書の給付金受領に関する権限を委任します。また、代理受領された給付金より事業主が租税公課等を控除することに同意します。	被保険者氏名 _____ ㊤
	任意継続の方	任意継続資格取得申請書の記載口座への振込に同意します。	

< 健保組合記入欄 >

基準額 円	負担割合 7割・8割・9割	支給額	円	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>常務理事</td> <td>事務長</td> <td>担当者</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	常務理事	事務長	担当者			
		常務理事	事務長		担当者					
内 訳	療養費	円								
	付加金	円								