

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号										○発病又は負傷年月日				○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																	
	—										年 月 日																					
	療養を受けた者の氏名										(フリガナ)				続柄		○業務上・外、第三者行為の有無 (1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()) ○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)															
昭・平・令 年 月 日生										男・女																						
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・令和 年 月 日～至・令和 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				摘 要													
	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																						
費用額計				円																												
施術日	訪問1①	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2②	往療◎	訪問3③	月																												
○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 ())																																
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																		
令和 年 月 日										〒				—																		
免許登録番号										はり師				住所																		
免許登録番号										きゅう師				氏名 電話																		
上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。										〒				—																		
令和 年 月 日										申請者				住所																		
										殿 (被保険者)				氏名 電話																		
支払機 関欄	当健保組合にお届けのゆうちょ口座に送金いたします。																															
同意医師の氏名										住 所										同意年月日				傷 病 名				要加療期間				
																				令和 年 月 日												

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。
令和 年 月 日

申請者 住所
(被保険者) 氏名 当健保組合は償還払いです。

代理人 住所
氏名

添付書類 領収書 (原本)、医師が交付した同意書・再同意書 (原本) を添付してください。

受付日付印