

| | | | | |
|-------|---|---|---|---|
| 受付年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| 同年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| 決済年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| 支給額 | 円 | | | |
| 支給期間 | 自 | 年 | 月 | 日 |
| | 至 | 年 | 月 | 日 |
| 日間 | | | | |

| | | | | |
|---------|--|---|---|---|
| 支給支払決議書 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 資格取得 | | 年 | 月 | 日 |
| 資格喪失 | | 年 | 月 | 日 |
| 支払年月日 | | 年 | 月 | 日 |

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(はり・きゅう用)

| | | | | | | |
|--------------------------|--|-------------------|---------------------|--|--|----------|
| 被保険者 (本人) が記入するところ | 被保険者証の記号・番号 | 記号 ○○○ 番号 ○○○○ | 被保険者が勤務する(していた)事業所の | 名称 ○○株式会社 所在地 〒○○○-○○○ 東京都○○○ ○-○-○ | 電話 ○○○○-○○○ | |
| | 傷病名 | 腰痛症 | | 発病又は負傷原因及びその経過 | 医師による腰痛の治療を継続して受けていたが、慢性的な痛みが緩和されないことから、医師による同意により鍼灸に変更して施術を受けている。 | |
| | 発病又は負傷の年月日 | 平成○○年 ○月 ○日 | | 加害者の氏名 | | |
| | 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 | | 加害者の住所 | 〒 | |
| | 被扶養者に関する申請のとき | 氏名 | 生年月日 | 昭・平 | 年 月 日 | 被保険者との続柄 |
| | 振込希望銀行 | ○○銀行 | ○○支店 | (フリガナ) | ケンポ タロウ | |
| | | 普通 当座No. ○○○○○○○○ |) | 口座名義人 | 健保 太郎 | |
| | 以下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。 〒○○○-○○○ 平成○○年 ○月 ○日 | | | | | |
| | 住所 東京都○○○ ○-○-○ | | | | | |
| | 被保険者の 東宝健康保険組合理事長殿 氏名 健保 太郎 (印) | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|-------------|---|-------|--------------|---------|-------------------------|------|--------------------------|--|
| 施 術 内 容 欄 はり師・きゅう師が記入するところ | 初療年月日 | 年 月 日 | 施術期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | 実日数 | 日 | 請求区分 | 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 | |
| | 施 術 料 | はり | 円× | 回= | 円 | | | はり・きゅう師の方に 記入の依頼をください | |
| | | 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 | | | | |
| | | 4km超 | 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 通院○ 往療◎ | 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 | | | | | | | |
| 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 | | | | | 住所 | | | | |
| 免許登録番号 | | | | | はり師 | | | | |
| 免許登録番号 | | | | | きゅう師 | 氏名 | ◎ 電話 | | |
| 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 | | | | | | |