

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
	至	年	月
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 所在地	電話			
	傷病名			発病又は負傷原因及びその経過				
	発病又は負傷の年月日	年 月 日						
	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			
					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・令	年	月	日
	振込希望銀行	銀行		支店	(フリガナ)			
		(普通 当座No.)		)	口座名義人			
	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。 年 月 日							
	住所							
被保険者の 東宝健康保険組合理事長殿 氏名 ㊞								

はり師・きゅう師が記入するところ	初療年月日		施術期間		実日数	請求区分					
	年 月 日		年 月 日～ 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					
	施術内容	はり	円×	回=	円	摘 要					
		きゅう	円×	回=	円						
		はり・きゅう併用	円×	回=	円						
	往療料	4 km まで	円×	回=	円						
		4 km 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					氏 名						
免許登録番号 _____ きゅう師					㊞ 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						