

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	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)					

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	昇 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	
	施 術 内 容 欄	はり	円×	回=	円			要	
		きゅう	円×	回=	円			要	
		はり・きゅう併用	円×	回=	円			要	
		電療料 1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具	円×	回=	円			要	
	往療料	4.5mまで	円×	回=	円			要	
		4.5m超	円×	回=	円			要	
		施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円×	回=	円			要	
	合計			円			要		
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					

はり・きゅう師の方に
記入の依頼をください