

常務理事 Managing Director	事務長 Office Manager	担当 PIC	係 Clerk

療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）
Application Form for Medical Care Expenses (for_ / _ (YYYY / MM)) (for Acupuncture or Moxibustion)

被保険者記入欄 Fields to be entered by the insured person				
被保険者等の Information about Insured person, etc.	記号 Symbol ※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。 *If the symbol/number is unknown, please enter your employee number in the number field.	番号 Number	生年月日 Birth Date	年 月 日 _ / _ / _ (YYYY / MM / DD)
被保険者氏名 Name of Insured Person			事業所名称 Business Entity Name	
被保険者住所 Address with Zip Code of Insured Person	(〒 -)			
施術した場所 Location of Treatment	(〒 -) * 入居施設や住所地特例等、上に記載の住所地と異なる場合に記載 *Fill in if different from the address listed above, such as for residential facilities or domicile exceptions, etc.			
施術が被扶養者に 関するときは、その方の Information about dependent if this is about him/her	氏名 Name	生年月日 Birth Date	年 月 日 _ / _ / _ (YYYY / MM / DD)	被保険者との続柄 Relationship with Insured Person
傷病名 Name of Illness or Injury			発症・負傷 年 月 日 Date of Illness or Injury	年 月 日 _ / _ / _ (YYYY / MM / DD)
傷病の原因及び経過 Causes and History of Illness or Injury				
	第三者の行為によるものですか → Caused by a Third-party ?	はい Yes いいえ No	業務によるものですか → Caused by work ?	はい Yes いいえ No
同 意 記 録 Consent Record				
同意医師の氏名 Name of Consenting Doctor	住所 Address	同意年月日 Date of Consent 年 月 日 _ / _ / _ (YYYY / MM / DD)	傷病名 Name of Illness or Injury	要加療期間 Required Medical Treatment Period
給付金支払先 Benefit payment account				
給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。 In general, benefits will be paid to the salary transfer account. 尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、以下いずれかにチェックを入れてください。 If you do not want benefits to be paid to the salary transfer account, check one of the following.				
<input type="checkbox"/>	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 I will use the public fund-receiving account pre-registered on Mynaportal, etc.			
<input type="checkbox"/>	給与振込口座、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座以外を希望します。 I want benefits to be paid to an account other than the salary transfer account/public fund-receiving account pre-registered on Mynaportal, etc. 〔必要添付書類〕 金融機関名称、支店名、口座番号、口座名義の確認できるもののコピー [Required attached document] A copy of a document that can confirm financial institution name, branch name, account number, and account holder name. 注1) 海外送金はできません。 Note 1: Overseas remittance is not possible. 注2) 電子マネーでの送金はできません。 Note 2: Remittances using electronic money are not possible.			

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請を希望される場合は健康保険組合へご相談ください。

* If you wish to apply using your My Number instead of your insurance card symbol/number, please consult with the FR Health Insurance Organization.

はり師・きゅう師記入欄 Acupuncturist/Moxibustionist Field																																										
施 術 内 容 欄 Treatment Details Field																																										
初療年月日 Date of Initial Treatment				施術期間 Treatment Period																実日数 Number of Actual Days				請求区分 Claim Category																		
年 月 日 __ / __ / __ (YYYY / MM / DD)				自 : 年 月 日 ~ 至 : 年 月 日 From: __ / __ / __ (YYYY / MM / DD) To: __ / __ / __ (YYYY / MM / DD)																日 Day(s)				新規 ・ 継続 New / Continuing																		
傷病名及び症状 Name of Illness and Symptoms				1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 1. Neuralgia 2.Rheumatism 3. Cervicobrachial Syndrome 4. Frozen Shoulder 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 Other () 5. Lower Back Pain 6. Cervical Sprain Sequela 7. Other ()																				転帰 Outcome																		
																								継続・治癒・中止・転医 Continuing/Cured/Discontinued/Transferred																		
																								摘 要 Remarks																		
初検料 Initial Examination Fee				1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用 1. Acupuncture 2. Moxibustion 3. Combined Acupuncture & Moxibustion																円 Yen																						
施術料 Treatment Fee				はり・きゅう Acupuncture/Moxibustion												施術の種類 Type of Treatment		1術 Procedure 1		2術 Procedure 2		円 Yen																				
				通所 Outpatient												円 × Yen x		回 = time(s) =		円 Yen																						
				訪問施術料 1 Home Visit Treatment Fee 1												円 × Yen x		回 = time(s) =		円 Yen																						
				訪問施術料 2 Home Visit Treatment Fee 2												円 × Yen x		回 = time(s) =		円 Yen																						
				訪問施術料 3 (3人~9人) Home Visit Treatment Fee 3 (3-9 people)												円 × Yen x		回 = time(s) =		円 Yen																						
				訪問施術料 3 (10人以上) Home Visit Treatment Fee 3 (10 or more people)												円 × Yen x		回 = time(s) =		円 Yen																						
				電療料 Electrotherapy Fee (加算/ 1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具) (Add. Fee: 1. Electroacupuncture 2. Electric Moxibustion Device 3. Electric Light Therapy Device)												円 × Yen x		回 = time(s) =		円 Yen																						
特別地域(加算) Special Region (Add. Fee)																円 × Yen x		回 = time(s) =		円 Yen																						
往療料 Travel Fee																円 × Yen x		回 = time(s) =		円 Yen																						
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分) Treatment Report Issuance Fee (Last payment: For __ / __ (YYYY / MM))																円 × Yen x		回 = time(s) =		円 Yen																						
費 用 額 計 Total Cost																円 Yen																										
施術日 Treatment Date				通所○ 訪問1① Outpatient○ Home Visit 1 ①		往療◎ 訪問2② Travel ◎ Home Visit 2 ②		訪問3③ Home Visit 3 ③		月 Month		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
往療又は訪問の理由 Reason for Travel or Home Visit																																										
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 () 1. Difficulty going out using public transportation independently 2. Difficulty going out independently due to dementia or visual/internal/mental disabilities 3. Other ()																																										
施 術 証 明 欄 Treatment Certification Field																																										
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 I hereby certify that I have provided the above treatment and received payment for the costs.																保健所登録区分 Health Department Registration Category				1. 施術所所在地 2. 出張専門施術所所在地 1. Treatment Facility Location2. Mobile Specialized Treatment Facility Location																						
年 月 日 __ / __ / __ (YYYY / MM / DD)																住所 Address																										
免許登録番号 License Registration Number																はり師 Acupuncturist																										
免許登録番号 License Registration Number																きゅう師 Moxibustionist				氏名 Name				電話 Phone Number																		