

療養費支給申請書(<mark>2024</mark>年 <mark>10</mark>月分)(はり・きゅう用) Application Form for Medical Care Expenses (for_ / __ (YYYY / MM)) (for Acupuncture or Moxibustion)

			被保険る	皆記入欄	Fields to be	entered by the insu	ıred person					
被保険者等の Information about Insured person, etc.	※記号	計 Symbol 計番号が不明の場 symbol/number is	合は、番号欄に社		番号 Number ふください。 loyee number in the num	12345678 sber field.	生年月日 Birth Date		年 06 /_/_	月 (YYYY)	01 / MM /	日 / DD)
被保険者氏名 Name of Insured Person				John	Smith		事業所名称 Business Entity Na		* * *	: CO .,	LTD.	,
被保険者住所 Address with Zip Code of Insured Person	(〒	_	7		Plea	ase fill in your cur	rent addre	ess				
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、そのた Information about depend if this is about him/her	方の ndent		Jane Smith			生年月日 Birth Date 197	7年 1	0月01日	被保 Relatio	険者との nship with !		erson
傷病名 Name of Illness or Injury		Lower	wer back pain		"Child" a	ng for a child, do as the relationshi son", "Eldest dau	p. Instead	Instead, write				
傷病の原因及び経 Causes and History of Illness o												
Success and miscory or amount of anything		第三	E者の行為に Caused by			はい Yes いいえ No		よるものですか used by work?			いYes いえ No	
		•		同	意 記 録(Consent Record						
Name of Consenting Doctor			住所 Addre ***-**		O Prefecture		l i	傷病名 Name of Illness or Ir Lower back	niury	加療期 quired Med riod <mark>6 m</mark>		tment
				給作	寸金支払先 Bene	fit payment account						
給付金支払先 In general, ben 尚、給与振込口座へ If you do not want be	efits 振り込a enefits	will be p みを希望され to be paid to	aid to th ない方は、以 the salary t	n e salar 以下いずれ transfer ac	y transfer a かにチェックを入 <u>count,</u> check one	れてください。 e of the following.						
/	will us	e the public f	und-rece		口座を利用します				\neg			
給与振込口座、マイナポー Only if you want benefits to be paid to <u>an account other than</u> I want benefits to be paid to a the salary transfer account, check the appropriate box. ered on etc. 「必要添付書類〕金融機関名称、又旧石、口圧田号、口圧石製の唯職ときるののコニ												
[Required attached document] A copy of a document that can confirm financial institution name, branch name, account number, 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.								mber, ar	nd acco	ount		

※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	Т	施術期間 reatment Period	実日数 Number of Actual Day	請求区分 Claim Category								
年 月 日 /_/_(YYYY/MM/DD)	自: 年 月	日 ~ 至 : 年	月 日 YYY / MM / DD) Day(日 新規 · 維徒								
Rem / Continuing Continuing Rem / Continuing Contin												
費用	額 計 Total Cost		l Ye	円 en								
施術日 Treatment Date Important	1 2 3 月 Month	3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13	3 14 15 16 17 18 19 20 21 22 2	3 24 25 26 27 28 29 30 3								
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っての外出困難 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	on Field									
上記のとおり施術を行い、その費用を	E領収しました。 pove treatment and received payment for	保健所登録区分 Health Department Registrat	1. 施術所所在地 2. 出 1. Treatment Facility Location2. Mobile Spe	出張専門施術所所在地								
	/_(YYYY / MM / DD)	住所 Address	.,									
免許登録番号 License Registration Number	はり師 Acupunctu	rist										
免許登録番号	きゅう師 Movibustic		電話 Phone N									