

常務理事	事務長	担当	係

療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の		記号		番号		生年月日		年		月		日			
	氏名				印		自署の場合 押印省略可		事業所 名称							
	住所		(〒 -)		TEL		()									
	施術が被扶養者に 関するときは、その方の		氏名		生年月日		年		月		日		被保険者との続柄			
	傷病名				発症・負傷 年 月 日		年		月		日					
	傷病の原因 及び経過				第三者の行為によるものですか → はい・いいえ		業務によるものですか → はい・いいえ									
	同意記録															
	同意医師の氏名		住所		同意年月日		年		月		日		傷病名		要加療期間	
	支給		給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。													
	払付		尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、下記へ被保険者本人名義の振込希望口座をご記入ください。													

先 金	振込先 銀行	銀行		支店		口座		※口座番号は左詰めでご記入ください							
		金庫・農協		番号		番号									
		〔金融機関コード〕		〔店番号〕		〔1〕		〔2〕							
預金 種別		普通・当座 貯蓄		口座 名義		(漢字)		カタカナ							

は り ・ き ょ う 用 師 記 入 欄	施 術 内 容 欄													
	初療年月日		施術期間						実日数		請求区分			
	年 月 日		自: 年 月 日 ~ 至: 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			
	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					
			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					
		往療料 4km超						円 × 回 = 円						
		施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)						円 × 回 = 円						
		費用 額 計						円						
施術日 通院○ 往療○		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 月												
施 術 証 明 欄														
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. 出張専門施術所所在地						
令和 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		印 電話				

受付日付印

社会保険労務士 提出代行者の印	印
--------------------	---

〔備考〕〔記号番号を記入した場合は記入不要です。〕

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は備考欄に記入してください。
マイナンバーを記入する場合、個人番号及び本人を確認するための添付書類が必要です。