

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 者 記 入 欄	被保険者等の 記号	番号	生年月日 年 月 日		
	※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。			事業所 名 称	
	被保険者氏名	TEL () () () () () ()			
	被保険者住所	TEL () () () () () ()			
	施術した場所	* 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			
	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
給 付 金 支 払 先	給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。 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。				
振込先 銀行	銀行 金庫・農協		支店	※口座番号は左詰めでご記入ください	
預金 種別	[金融機関コード	[店番号	口座 番号		
	普通・当座 貯蓄	口座 名義	(1) 漢字	(2) カタカナ	
<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。(利用する場合は✓を入れてください) 注) 口座情報の反映には、登録から数日を要します。				

は り 師 ・ き ゆう 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			継続・治癒・中止・転医
	はり・きゅう	施術の種類	1術	2術	摘 要
	通所	円×	回=	円	
	訪問施術料 1	円×	回=	円	
	訪問施術料 2	円×	回=	円	
	訪問施術料 3 (3人~9人)	円×	回=	円	
訪問施術料 3 (10人以上)	円×	回=	円		
電療料 (加算/ 1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具)	円×	回=	円		
特別地域(加算)	円×	回=	円		
往療料	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					
施 術 日	通所○ 訪問1①	往療◎ 訪問2②	訪問3③	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
往療又は訪問の理由 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()					
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	電話	

※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。