

療養費支給申請書 ( 年 月分 ) ( はり・きゅう用 )

被 保 険 者 記 入 欄	①被保険者証の記号・番号		②被保険者の氏名 (フリガナ)		③被保険者の生年月日		
	-				年 月 日生		
	④被保険者の住所				電話番号		
	〒 -				( )		
	⑤施術を受けた者	(フリガナ)		⑥続柄		⑦発病または負傷年月日	
		男・女		1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他 ( )		年 月 日	
⑨発症または負傷の原因及びその経過				⑩業務上・外、第三者行為の有無(○を付けてください。)			
				1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他			

施 術 管 理 者 記 入 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		転 帰	
			5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他( )		継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医	
	初検料				円	摘 要
	1.はり 2.きゅう 3.はりきゅう併用					※施術管理者以外が施術した場合に記入
	施 術 料	はり	円×	回=	円	施 術 者 氏 名
		きゅう	円×	回=	円	
		はり・きゅう併用	円×	回=	円	
	電療料		円×	回=	円	施 術 日 . . . 日
1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具						
往療料		4kmまで	円×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入
往療料		4km超	円×	回=	円	往療日 . . . 日
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)			円×	回=	円	往療を必要とした理由
費用額計					円	_____
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			
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.出張専門施術者住所地	
	年 月 日		所在地			
	はり師免許登録番号 _____		きゅう師免許登録番号 _____		施 術 所 名	
				施 術 管 理 者 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			

給付金の振込口座等 (※在職中の方は、事業所に振り込みますので記載の必要はありません。)

金 融 機 関	銀行 信用金庫		預金種目	口座名義(カタカナで記入してください)			
	信用組合 農 協		□ 普通 (総合口座)				
	労働金庫			□ 当座			
本店		店番号(3ケタ)	口座番号(数字7ケタ)				
支店							
出張所							

- < 添付書類 > 1. 施術に要した費用の領収書(原本)
- < 該当する場合 > 2. 医師の同意書(原本) 3. 施術報告書(写し)
4. 往療状況確認表 5. 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書