

被保険者
 家族

療養費支給申請書(はり・きゅう)

「添付書類」

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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	
	被保険者住所		(〒 -) (電話番号)		
	所属事業所名		<input type="checkbox"/> 特例退職 <input type="checkbox"/> 任意継続		生年月日 年 月 日
	療養を受けた者の氏名		生年月日	年 月 日	続柄
	傷病名		業務上・外 第三者行為の有無 1.業務上 2.第三者行為 3.その他()		
	発病又は負傷の 原因及びその経過		発病又は 負傷年月日	年 月 日	
	施術を受けた 施術所	名称	施術者氏名		
		所在地			
	施術の期間 (支給期間:月単位)		年 月 日 ~ 年 月 日	日数	日 施術に要した 費用の額 円
	振込希望の銀行 (被保険者名義)		口座名義(カタカナ)	銀行	支店 普通 当座 給与振込口座 ある・ない

鍼 灸 師 記 入 欄	初療年月日		施 術 期 間		実日数	請求区分	
	年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日		日	新規・継続	
	傷病名	1.神経痛 2.リウマチ 3.頰腕症候群 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 内 容	はり・きゅう	施術の種類	1術	回	2術	回
		通所	円X	回=	円		
		訪問施設料 1	円X	回=	円		
		訪問施設料 2	円X	回=	円		
		訪問施設料 3 (3人~9人)	円X	回=	円		
		訪問施設料 3 (10人以上)	円X	回=	円		
電療料(加算/1.電気計 2.電気温灸器 3.電気光線器具)		円X	回=	円			
特別地域(加算)		円X	回=	円			
往 療 料		円X	回=	円			
施術報告書交付料(前回: 年 月分)		円X	回=	円			
費 用 額 計							

施術日	訪問1①	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													
通所○	訪問2②														
往療◎	訪問3③														

○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、その費用を領収いたしました。		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	住所		住所	
	登録記号番号 _____ はり師	氏名		氏名	
	登録記号番号 _____ きゅう師	電話番号		電話番号	

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
	前回				
	今回				

委 任 状	本請求に基づく療養費の受領を下記事業主に委任します。		年 月 日
	被保険者	住所 氏名	
	事業主	住所 氏名	

受付日付印