

療養費支給申請書

( 年 月分)

(はり・きゅう用)

※添付書類を添えてご申請ください。(領収書の原本、6ヶ月毎に医師の同意書の原本)

公費負担者番号①										公費負担医療の受給者番号										
公費負担者番号②										公費負担医療の受給者番号										

被保険者証	被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 住 所	〒 ー																	
記号											住所									
番号																				
療養を受け た者の氏名	(フリガナ)	男 女	続 柄	療養を受けた者の生年月日																
				年 月 日 生																

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する場合は、備考欄へ記載してください。  
(加入者が直接健康保険組合へ申請する場合は、個人番号確認・本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

施 術 内 容 等 に つ い て 、 ご 記 入 く だ さ い	発病又は、負傷の原因及びその経過																	請 求 区 分						
																		新規・継続						
	発症又は負傷の年月日は 年 月 日で、その負傷等は(1.業務上 2.第三者行為 3.その他)である																							
	初 療 年 月			施 術 期 間													実日数							
	年 月			自・ 年 月 日～至・ 年 月 日													日							
	負傷名 1、神経痛 2、リュウマチ 3、頸腕症候群 4、五十肩 5、腰痛症																	転 帰						
	6、頸椎捻挫後遺症、7、その他( )																	継続・治癒・中止・転医						
	初検料		1はり 2きゅう 3はり・きゅう併用															円		摘 要				
	1.はり																	円× 回=		円				
	2.きゅう																	円× 回=		円				
	3.はり・きゅう併用																	円× 回=		円				
	電療料(電気針 電気温灸器 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																	円× 回=		円				
上記費用金額の合計																	円							
施術日		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	※通院には○、往療施術には◎									

施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を徴収いたしました。																		
	年 月 日 〒 住所																		
	免許登録番号はり師: 氏名 免許登録番号きゅう師: 電話番号																		

同 意 記 録	同意医師の氏名	同 意 医 師 の 住 所	同 意 年 月 日	傷 病 名	要加療期間
			年 月 日		

委 任 状	私は、事業主 _____ を代理人と定め、 年 月 日に請求した																		
	療養費の受領方を委任します。																		
	住 所 _____ 被保険者氏名 _____																		