

療養費支給申請書

(2023 年 10 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)

記入例

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	〒123-4567
記号 123	扇 太郎	住所	大阪府大阪市
番号 45678			
療養を受けた者の氏名	(フリガナ) オオギ ハナコ 扇 花子	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
		続柄	妻
		療養を受けた者の生年月日	1965年 5月 15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		
上記費用の内訳(合計)	円		
施術日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20		
	・「施術証明」 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。 ・「同意記録」 年 月 日 千 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	

「施術内容等について、ご記入ください」
「同意記録」
の各欄は、はり・きゅう師に記入をお願いしてください。

委任状	私は、事業主 <u>センコー株式会社</u> を代理人と定め、 <u>2023年11月10日</u> に請求した療養費の受領方を委任します。 住所 <u>大阪府大阪市</u> 被保険者氏名 <u>扇 太郎</u>	<u>2023年 11月 10日</u>
-----	--	----------------------