

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決済年月日	年	月	日
支給額	円		
支給期間	自	年	月
	至	年	月
日間			

支給支払決議書			
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

被保険者  
被扶養者

療養費支給申請書 (令和 年 月分)

(はり・きゅう用)

被 保 険 者 （ 本 人 ）  が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 番号	被保険者が勤務する (していた) 事業所の	名称 所在地	電話				
	傷病名			発病又は負傷原因 及びその経過					
	発病又は負傷 の年月日	年 月 日							
	第三者の行為 による負傷で あるとき	その事実 と届出の 有無			加害者の氏名				
					加害者の住所	〒			
	被扶養者に関する 申請のとき	氏名		生年 月日	昭・平・令	年	月	日	被保険者 との続柄
	振込希望銀行	銀行			支店	(フリガナ)			
		(普通 当座No.			)	口座名義人			
	以下の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 〒 令和 年 月 日								
	住所 被保険者の 東宝健康保険組合理事長殿 氏名								

施 術 内 容 欄  は り 師 ・ き ゅ う 師 が 記 入 す る と こ ろ	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分																										
	年 月 日	自・令和 年 月 日～ 至・令和 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																										
					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																									
	施 術 料	はり・きゅう	施術の種類	1術 回	2術 回																										
		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				円																											
施術日	訪問1 ㊟	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2 ㊞																														
往療	訪問3 ㊟																														
○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. 出張専門施術者住所地																										
	令和 年 月 日			住所																											
同 意 記 録	免許登録番号	はり師		住所																											
	免許登録番号	きゅう師		氏名	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																											