

受付年月日	年	月	日	
同年月日	年	月	日	
決済年月日	年	月	日	
支給額	円			
支給期間	自	年	月	日
	至	年	月	日
	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 (令和〇年〇月分)

(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 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇	被保険者が勤務する (していた) 事業所の	名称 〇〇株式会社 所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇〇 〇-〇-〇	電話 〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	傷病名	腰痛症		発病又は負傷原因 及びその経過	医師による腰痛の治療を継続して受けていたが、慢性的な痛みが緩和されないことから、医師による同意により鍼灸に変更して施術を受けている。	
	発病又は負傷 の年月日	令和〇年 〇 月 〇 日		加害者の氏名		
	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	〇〇銀行 (普通) 当座No. 〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇支店	(フリガナ)	ケンポ タロウ	口座名義人 健保 太郎
	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。 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 令和 〇年 〇月 〇日					
	住所 東京都〇〇〇 〇-〇-〇					
	被保険者の 東宝健康保険組合理事長殿 氏名 健保 太郎					

はり師・きゅう師 が記入する ところ	初療年月日	年	月	日	施術期間	自・令和 年 月 日	至・令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	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																							
	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 (37.5分)	円 ×	回 =	円																														
	訪問施術料3 (10分以上)	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																														
特設地庫 (加算)	円 ×	回 =	円																															
往復料	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	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 ②																																	
往療	訪問3 ③																																	
〇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 ( ) )																																		
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. 出張専門施術者住居地																								
令和 年 月 日									住所																									
免許登録番号									はり師																									
免許登録番号									きゅう師																									
氏名									電話																									
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																									