

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
	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 〇年 〇月分) (はり・きゅう用)

被保険者が記入するところ	被保険者資格の記号番号	記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇	発病又は負傷年月日 令和〇年 〇月 〇日	傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過	腰痛症。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。		
	療養を受けた者の氏名	健保 太郎 昭・平・令 〇年 〇月 〇日生		続柄 ① 本人 2. 家族 ()	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 ()) 施術した場所 (施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載)		
	振込希望銀行 ※被保険者の口座を記入すること	〇〇銀行 〇〇支店 (普通) 当座No. 〇〇〇〇〇〇〇〇 ()		(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。 千 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	施術内容欄	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																										
		はり・きゅう	施術の種類	1術 回	2術 回																												
		通所	円 × 回 =	円																													
		(月16回以降の施術に係る50%通減)	円 × 0.5 × 回 =	円																													
		訪問施術料1	円 × 回 =	円																													
		(月16回以降の施術に係る50%通減)	円 × 0.5 × 回 =	円																													
		訪問施術料2	円 × 回 =	円																													
		(月16回以降の施術に係る50%通減)	円 × 0.5 × 回 =	円																													
		訪問施術料3 (3人～9人)	円 × 回 =	円																													
		(月16回以降の施術に係る50%通減)	円 × 0.5 × 回 =	円																													
		訪問施術料4 (10人～19人)	円 × 回 =	円																													
		(月16回以降の施術に係る50%通減)	円 × 0.5 × 回 =	円																													
訪問施術料5 (20人以上)	円 × 回 =	円																															
(月16回以降の施術に係る50%通減)	円 × 0.5 × 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																															
(月16回以降の施術に係る50%通減)	円 × 0.5 × 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																															
明細書発行加算	円 × 回 =	円																															
費用額計				円																													
※集中率90%以上の施設等入居者 (80%通減対象) 【該当の場合〇】 通減後合計額 円																																	
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	
通所〇	訪問2②																																
往療◎	訪問3③																																
	訪問4④																																
	訪問5⑤																																
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 ())																																	
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																													
	免許登録番号			はり師	氏名	電話																											
免許登録番号			きゅう師																														
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																											
				令和 年 月 日																													