

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

(はり・きゅう用)

令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号-番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇		被保険者の氏名 (フリガナ) ケンコウ タロウ 健康 太郎				生 年 月 日 昭和 51 年 2 月 1 日 平成		年 齢 42 歳	
	被保険者 (申請者) の住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇町 〇丁目〇〇番〇〇〇号		電話番号 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇							
施 術 内 容 欄	事業所の名称 〇〇〇〇〇〇〇〇〇株式会社		氏 名		生年 月 日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日		被保険者からみた続柄			
	医師の同意を受けた傷病名 頸腕症候群		発病又は負傷の年月日		令和 年 月 日		業務上・外、第三者行為の有無			
施 術 内 容 欄	発病または負傷の原因及びその経過 不詳		業務上である・第三者行為である・ その他							
	支 銀行	銀行名 〇〇銀行	支店名または店名 〇〇支店	口座種別 普通 当座	口 座 番 号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		口座名義人(カタカナ) ケンコウ タロウ			
支 郵便局	郵便局 9900	記 号 〇 〇 〇 〇		番 号 〇 〇 〇 〇		口座名義人(カタカナ)				
施 術 内 容 欄	初療年月日		施 術 期 間		実日数		請 求 区 分			
	令和 年 月 日		令和 年 月 日 ~ 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				転 帰			
			5. 腰痛症 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		適 用			
	施 術 料	はり	円 × 回 =		円					
		きゅう	円 × 回 =		円					
		はりきゅう併用	円 × 回 =		円					
		電療料 (1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具)	円 × 回 =		円					
	往療料	4 km まで	円 × 回 =		円		※往療料を申請する場合は往療料状況確認表を添付してください。			
往療料	4 km 超	円 × 回 =		円						
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月 分)		円 × 回 =		円		※施術報告書交付料を申請する場合は施術報告書の写しを添付してください。				
合 計				円						
一部負担金 (2割・3割)				円						
請 求 額				円						
施術日	通院○	往療◎		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				
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		はり師きゅう師が記入する欄						
免許登録記号番号		はり師 氏名		電話:						
		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					

(添付書類についての注意)※申請書は暦月を単位として作成してください。(R3.7)

- ・領収書(原本)
- ・医師の同意書(原本)※初回のみ(治療が継続する場合は6ヵ月ごとに提出してください)
- ・往療状況確認表(往療状況(明細、理由等)が確認できる書類)※往療料を申請する場合のみ
- ・1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書※初療の日から1年以上経過し、施術を受けた回数が月16回以上の場合のみ

※施術内容欄、施術証明欄は同様の様式がありましたら施術所作成のものを添付してください。

受付日付印