

健康 保 険 組 合 記 入 欄	受付	常務	事務長	経理M	給付M	担当者	(特記事項)
	支給対象者	本人・家族(高・就前)			給付種別	はり・きゅう 新規・継続	
	対象者資格取得日	昭平令 年 月 日			対象者資格喪失日	令和 年 月 日	
	施術回数	回			支給決定額	円	

健康保険 療養費支給申請書 (はり・きゅう用)

被 保 険 者 記 入 欄	①提出日	令和 年 月 日	②事業所名			
	③記号		④番号		⑤被保険者名	
	⑥対象者氏名				⑦連絡先電話番号	
	⑧傷病名				⑨発病・負傷年月日	平成・令和 年 月 日
	⑩傷病の原因及び経過					
	⑪負傷の原因は、交通事故、業務上若しくは通勤の行き帰りで発生したものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	⑫委任状 ※退職者も必ず署名すること。 この請求に係る給付金の受領を事業主に委任します。 被保険者氏名				⑬退職者振込先口座	
		銀行名		支店名		
	口座番号		口座名義			

施 術 者 記 入 欄	初療日	平成・令和 年 月 日	施術期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続	
	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						
	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	×	回=	円	摘要		
	施 術 料	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 (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	4 km超	円	×	回=	円			
	施術報告書交付料 (前回交付: 年 月)					円			
	合計					円			
	一部負担金 (1割・2割・3割)					円			
	請求額					円			
	施術証明書	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日							
	はり師・きゅう師	住所	氏名		電話 ()				
同意 記録	同意医師氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間				
			令和 年 月 日						

事 業 主 記 入 欄	上記のとおり相違ありません。(所在地及び名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印願います。) 令和 年 月 日
	事業主 所在地:
	名称:
	氏名:
	電話: