

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (はり・きゅう専用 (被保険者記入用)) 家族 ※自署の場合、押印は必要ありません

被保険者情報: 被保険者証 記号 番号 事業所名称 氏名 生年月日 住所 電話番号

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申請内容: 施術された方 傷病名 発病又は負傷の原因及びその経過 施術を受けた施術所 施術期間(支給期間) 同意記録

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

委任状: 被保険者(申請者) 代理人(事業主) 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

※ 事業主へ委任する場合は事業所経由で提出してください。 ※ 代理人が事業主以外の場合は、別に添付書類が必要となります。

振込先: 金融機関名称 口座名義(カタカナで記入) 公金受取口座 銀行・金庫・信組 農協・その他 預金種別 口座番号 口座名義区分

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し正しい内容をご記入のうえ押印又は氏名(フルネーム)をご記入ください。

受付日付印

この申請書は2枚1セットです。2枚目の「はり・きゅう施術者記入用」も必ずご提出ください。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

Table with 4 columns: 組合使用欄, 支給対象額, 一部負担額, 支給額, 備考, 療養費の区分 (はり・きゅう)

はり師・きゅう師記入欄	患者氏名																															
	傷病名	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頰腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頰椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 ( )																														
	初療年月日	令和	年	月	日	請求区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続		転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止																						
	施術期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで	実日数	日	摘要																		
	施術内容	初回	<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> はり(電気針併用) <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> きゅう(電気温灸器併用) <input type="checkbox"/> はり・きゅう併用 <input type="checkbox"/> はり・きゅう併用(電気針・電気温灸器併用)										円																			
		2回目以降	はり										円×	回=	円																	
			はり(電気針併用)										円×	回=	円																	
			きゅう										円×	回=	円																	
			きゅう(電気温灸器併用)										円×	回=	円																	
		はり・きゅう併用										円×	回=	円																		
はり・きゅう併用(電気針・電気温灸器併用)											円×	回=	円																			
往療料 4km まで										円×	回=	円																				
往療料 4km 超										円×	回=	円																				
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)										円×	回=	円																				
合計												円																				
施術日	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
【往療が行われた場合】 往療を必要とした理由を必ずご記入ください。																																
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																	電話番号	(		)												
保健所登録区分 ( <input type="checkbox"/> 施術所所在地 <input type="checkbox"/> 出張専門施術者住所地 )																	免許登録番号 (		)													

\* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と氏名(フルネーム)をご記入ください。