健康保険

被保険者 家族

療養費 支給申請書 はり・きゅう専用(被保険者記入用)

※自署の場合、押印は必要ありません

被	被保険者証		記号	記号				事業所名称							
保 険	F 夕			(ii)											
保険者情報	氏 名			п					生年月日	昭·平 年			月	日	
報	住 所 [〒] ー 電話番号									電話番号(日中の連絡先) ()					
【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	□ 被保険者 □ 家族(被扶養者)					第三者行為に よるものですか	*	はい	・いいえ			
	家族の場合はその方の			氏名	各			年月日	昭·	平·令 年	月	日	続柄()
容	傷病名									発病又は負傷年 (療養開始日)		平·令	年	月	日
	発病又は負傷の 原因及びその経過			原因											
				経過											
	施術を受けた施術所			名称					施術者氏名						
				所在地					施術に要した費				円		
	施術期間(支給期間)			令和	年	月 E	日 から	令和	4	F 月	日ま	きで	(日数	日)	
	同意記録			氏名			住所	住所		同意年月日		傷病名		要加療期間	
		再同意医	E 師												
※ 傷物	病の原	因が第三者の	の行為に 	よる場合は、	「第三者行為に	こよる傷病届」の	り添付が必	要となります。			•				
委 任 状		被保険者 (申請者)	本 氏名	: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。 令和 年 月 日											
1/	事業		事業	美所所在地											\dashv
			に対例では必要に対象を表現します。 を対象を表現します。 は所名称												
				主氏名											
※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	の場	合は、別に添付書舞	が必要	きとなります	•		
振込	金融機関名称						銀行・ 農協・	金庫 · 信組 その他()		預金種別	普通	1・当座・	その他()
込 先	亚南风风八百州			支店・本店・出張所 その他())	口座番号					
	口座名義 (カタカナで記入)								口座名義区分	口被	と保険者(ほ	■請者)[□(代理人	.)	
	公金受取口座 ロマイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(<u>利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。</u>)														
* ご	記入し	いただいた内容	字を訂正"	する場合は、	二重線で抹消し	し正しい内容を	ご記入のう	え押印又は氏	名()	フルネーム)をご記入ぐ	ください	0			
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。	0			/	受付日	日付印	
		が務士の 首名記載欄													
組支	三 給	対 象 額		P.	備考		療養費	で区分			_				
合┣	部	負 担 額			†										
用 欄 支	Ī	給 額			1		はり・きゅう			東京都家具健康保険組合					

はり	患者氏名											
ヶ師・きゅ	傷病名		□ 神経痛 □ リウマチ □ 頚腕症候群 □ 五十肩 □ 腰痛症 □ 頚椎捻挫後遺症 □ その他 ()									
ゅ う 師	初》	療年月日	令和 年 月	日	請求区分	□ 新規 □	□継続	転帰	帰 □ 治癒 □ 中止			
記入欄	施術期間		令和 年 月 令和 年 月	日 から 日 まで	実日数	日 摘要						
	施術内	初回	□ はり □ はり(電				円					
	容	2回目以降	はり				円×	П=		円		
			はり(電気針併用)				円×	回=	円			
			きゅう				円×	П=		円		
			きゅう(電気温灸器	併用)			円×	=		円		
			はり・きゅう併用				円×	П=		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×	П=		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 12345	6 7 8 9 10	11 12 13 14 1	5 16 17 18	19 20 21 2	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	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。										
	はり師·きゅう師 住 所											
		氏 名					電話番号)				
保健所登録区分(□ 施術所所在地 □ 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。