

支給額	※	円	支払年月日	常務理事	事務長	課長	係
			令和 年 月 日				

- 被保険者
被扶養者

療養費支給申請書 (はり・きゅう用)

本・家印

※ 処理区分	償還払い 29
--------	---------

提出日 令和 年 月 日

被 保 険 者 欄	被保険者証の 記号番号	記号 番号	被保険者の (申請者) 氏名と生年月日	S・H 年 月 日			印
	事業所名 所在地	内線 ()					
	申請者が扶養者の ときはその方の	氏 名	生 年 月 日	続 柄	S・H・R 年 月 日		
	傷病名	発病又負傷の年月日		H・R 年 月 日 (時頃)			
	発病又は負傷の原 因及びその経過			医療助成	<input type="checkbox"/> 受けている () <input type="checkbox"/> 受けていない		

施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間	実日数	請 求 区 分
	平成・令和 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
	施 術 料	はり 円× 回= 円	円	
	施 術 料	きゅう 円× 回= 円	円	
	施 術 料	はり・きゅう併用 円× 回= 円	円	
	施 術 料	電療料(1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具) 円× 回= 円	円	
	往 療 料	4 kmまで 円× 回= 円	円	
	往 療 料	4 km超 円× 回= 円	円	
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円× 回= 円	円		
合 計		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		

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 施術所 所在地 登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号) 名 称 施術管理者 氏 名 印 電話		

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		

注)初回、及び6ヶ月を超えて引き続き施術を受ける場合は、保険医の診察を受け同意書(文書)の交付を受けて、療養費支給申請書に添付してください。

注)被保険者は全て給与組込みですので、「振込を希望する金融機関」欄の記入は不要です。

また、任意継続者も、保険料を引き落している郵便局の口座に振り込みますので、「振込を希望する金融機関」欄の記入は不要です。

す 振 込 金 を 希 望 欄	金融機関名	金融機関コード	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	店名	店番号	口座番号	
	口座名義	漢字	カタカナ	

注)全て給与組込みですので、受取代理人の本人欄に記名、捺印してください。(任意継続者を除く)

受 取 代 理 人 の 欄	本請求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	※ 受付印
	本人 住所 氏名	印
	代理人 住所 氏名	印

備 考	被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)には、備考欄に記載して下さい。 個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス(□)」にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出について、事業主に委任いたします。(委任する場合 <input checked="" type="checkbox"/>)
--------	--