

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 2 年 11 月 5 日

被保険者欄	被保険者証の記号番号	記号 11 番号 1234	被保険者の(申請者)氏名と生年月日	光学 一郎 (印) (S)・H 45 年 10 月 10 日		
	事業所名所在地	オリンパス (株) 東京都新宿区西新宿2-3-1 内線 (1234)				
	申請者が扶養者のときはその方の氏名	光学 三郎	生 年 月 日	(S)・H・R	20 年 4 月 8 日	続 柄 父
	傷病名	腰痛症	発病又負傷の年月日	H・(R) 1 年 8 月 1 日 (時頃)		
	発病又は負傷の原因及びその経過	不詳		医療助成	<input type="checkbox"/> 受けている () <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない	

施術内容欄	初療年月日	平成 (令和) 2 年 9 月 1 日	施術期間	自・令和 2 年 10 月 1 日～至・令和 2 年 10 月 31 日	実日数	6 日	請求区分	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	はり	円 × 回 =	円					
	施 術	きゅう	円 × 回 =	円					
	料	はり・きゅう併用	1,580 円 × 5 回 =	7,900 円					
	料	電療料(1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)	30 円 × 5 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 (前回支給: 年 月分)					円 × 回 =	円		
合 計					8,050 円				
施術日	10 月	1 ② 3 4 5 6 ⑦ 8 9 10 11 ⑫ 13 14 15 16 17 18 ⑲ 20 21 22 23 ⑳ 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 1 年 10 月 1 日	施術所	所在地 東京都渋谷区幡ヶ谷 ○-△-□		
	登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号)	名称	○×鍼灸院		
	1234567890123	施術管理者	氏名	○× 太郎 (印) 電話 03-567-8901	

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
	鈴木 一郎	東京都渋谷区幡ヶ谷○×	令和 1 年 10 月 1 日	腰痛症	

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。

す振る込を融機望	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 東京都渋谷区幡ヶ谷1234 氏名 光学 一郎 (印)	(印)
	代理人	住所 氏名	

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"/>)
----	---