

健康保険 被保険者 家族	常務理事	事務長	係	係	資格 得 喪	年	月	日
						年	月	日

受付日印

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書 (令和 年 月分) (はり・きゅう用)

被保険者 記入欄	被保険者証 記号・番号	-				被保険者 氏名	(フリガナ)
	被保険者 住所	〒 連絡先 (自宅又は携帯) - -					
	(被扶養者の場合) 療養を受けた者 の氏名	(フリガナ)	続柄	傷病名:			
	昭和・平成・令和 年 月 日生			発症または負傷年月日: 平成 年 月 日 令和			
	発症または負傷の原因およびその経過:						
	該当の傷病は業務によるものですか: いいえ・はい			該当の傷病は他人の行為によるものですか: いいえ・はい			
	振込口座	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義 (カナ)	
*被扶養者の方が療養を受けた場合でも、被保険者の方の口座をご記入ください							

施術者 記入欄	初検年月日	令和 年 月 日			施術期間	自令和 年 月 日 ~ 至令和 年 月 日			実日数	日																						
	傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩					請求区分	新規・継続																								
		5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ( )					転帰	継続・治癒・中止																								
	初検料	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用					円																									
	施術内容欄	施術料	はり	円 × 回 = 円			摘要																									
			きゅう	円 × 回 = 円																												
			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4kmまで	円 × 回 = 円																												
	加算 ( km)	円 × 回 = 円																														
費用合計	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
* 通院は○、往療は◎を記入してください																																
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。																															
	令和 年 月 日	住所					はり・きゅう師 氏名																									
同意記録	同意医師の氏名	住所					同意年月日																									
						令和 年 月 日																										
	傷病名						要加療期間																									