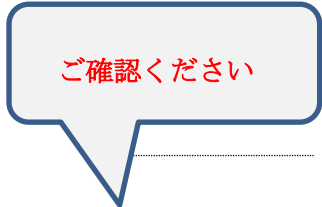


健保記入欄	常務理事	事務長	係	係	資格	得	年	月	日
						喪	年	月	日



健康保険 **被保険者** 療養費支給申請書 (令和〇〇年 〇月分) (はり・きゅう用)

被保険者記入欄	被保険者証 記号・番号	〇 〇 〇 〇 - △ △ △ △ △	被保険者 氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健 保 太 郎	
	被保険者 住 所	〒 〇〇〇-△△△△ 東京都 △△区 △△ 〇 - 〇 - 〇 連絡先 (自宅又は携帯) 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
	(被扶養者の場合) 療養を受けた者 の氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健 保 太 郎	続柄	傷 病 名: 五 十 肩	
	昭和 平成・令和 〇〇年 〇月 〇日 生		本 人	発症または負傷年月日: 平成 〇〇年 〇月 〇日 <small>令和</small>	
	発症または負傷の原因およびその経過: 自宅を掃除中、高い場所をはたき続けた後痛みがでてきた				
	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)
	〇〇〇	〇〇	普通	△△△△△△△	ケンボ タロウ
*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	施 術 期 間			実日数	
	令和 年 月 日	自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日			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	はり	はり・きゅう師に記入を依頼してください			療 費
		き				
		い				
		り				
		費				
往療						
加算						
費用						
施術日						
施術証明欄	上記 平成	電話番号				
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				