

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書（はり・きゅう用）

令和〇〇年〇〇月分

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	000—0000000										事業所名称	〇〇〇〇株式会社〇〇工場																											
	被保険者氏名 (自署)	フリガナ ミツビシ タロウ 三菱 太郎										住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1																											
	療養を受けた 者の氏名	三菱 花子										生年 月日	昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日					続柄	妻																					
	傷病名	リウマチ										発病又は負傷 年月日	令和 年 月 日																											
	発病の原因 及び経過	原因不明 手足の関節が痛む										業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他																												
	施術した場所（入居施設等、保険証 住所地とは異なる場合記載）																																							
	被保険者 振込先口座	預金の種類 1. 普通	金融機関名 〇〇 銀行 金庫 農協 〇〇 本店 支店 出張所																																					
		口座番号	123456										口座名義 カナ	ミツビシ タロウ																										
		公金受取口座	☐ 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。(利用する場合は☑ 利用しない場合は上記の欄を記入) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。																																					
	同意 記録	同意医師の氏名	△△ △△										住所	〇〇県〇〇市△△町1-1										同意年月日	〇〇年〇〇月〇〇日					傷病名	リウマチ					要加療期間	3ヶ月			

は り 師 ・ き ょ う 師 が 記 入 す る と こ ろ	施 術 内 容 欄	初療年月日	年 月 日			施術期間	自・	年 月 日			実日数	請求区分																												
		年 月 日	至・	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																												
		施 術 料	はり・きゅう	回										2術	回																									
			通所	円× 回=										円																										
			訪問施術料1	円× 回=										円																										
			訪問施術料3()	円× 回=										円																										
			電療料(加算/1.)	回=										円																										
		特別地域加算	回=										円																											
		往療料										回=										円																		
		施術報告交付料(前回支給: 年 月分)										円× 回=										円																		
		費 用 額 計										円																												
		施 術 日	通院○・往療○・訪問1①・訪問2②・訪問3③																																					
			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。										令和 年 月 日										保健所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地																			
	住所										氏名										電話番号										免許登録番号 はり 師									
																															免許登録番号 きゅう 師									

上記のとおり申請いたします。

提出日: 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

受付年月日

- 【添付書類】 ●領収書(原本)
●初めて治療を受ける場合は、医師の同意書(原本)
※初療日または医師の同意日から6ヶ月経過した時点において更に施術を受ける場合は
医師の再同意が必要です。
- 【注意事項】 慢性病であって医師による適当な治療手段のないものが対象です。
(本人からの施術希望、医療機関で治療中の傷病等は支給対象になりません)