

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者等 記号・番号						○発病又は負傷年月日			○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																						
	—						年 月 日																									
	療養を受けた者の氏名						(フリガナ)			続柄			○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 (入居施設や住所地特例等、住所地と異なる場合に記載)																			
施 術 内 容 欄	初療年月日			施術期間						実日数			請求区分																			
	() 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																						
	はり・きゅう			施術の種類			1術 回			2術 回																						
	通所			円×			回=			円																						
	訪問施術料 1			円×			回=			円																						
	訪問施術料 2			円×			回=			円																						
	訪問施術料 3 (3人～9人)			円×			回=			円																						
	訪問施術料 3 (10人以上)			円×			回=			円																						
電療料 (加算 / 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)			円×			回=			円																							
特別地域 (加算)			円×			回=			円																							
往療料			円×			回=			円																							
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)			円×			回=			円																							
費用額計			円																													
施術日	訪問1①	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
通所○	訪問2②	往療○	訪問3③	月																												
○往療又は訪問の理由 (1. 徒歩による公共交通機関を便するの外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 3. その他 ())																																
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															〒			—														
免許登録番号															はり師			住所														
免許登録番号															きゅう師			氏名						電話								
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。															〒			—													
令和 年 月 日															申請者			住所														
北関東しんさん健康保険組合 理事長 殿															(被保険者)			氏名						電話								
支 払 機 関 欄	支払区分			預金の種類			金融機関名			銀行			本店			支店			出張所													
1. 振 込			2. 銀行送金			1. 普通			2. 当座			金庫			農協																	
3. 郵便局送金			4. 当地払			3. 通知			4. 別段																							
口座名義 カタカナで記入			口座番号															郵便局														
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																										
本申請書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																																
申請者															住所																	
(被保険者)															氏名			_____														
代理人															住所																	
															氏名			_____														

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に記入してください。