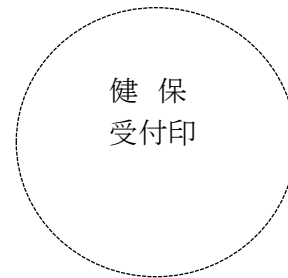


健 保 記 入 欄	受 付 日	年	月	日	計 算 式			
	資格取得日	年	月	日				
	資格喪失日	年	月	日				
	被扶養者認定日	年	月	日				
	療養費金額		円		課 長	投 入	処 理 月	
	健 保 負 担	7割	8割	9割				
	支 給 額							円
支 給 日	年	月	日					



**被保険者
被扶養者**

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

下記の通り 療養費の支給を申請します。

年 月 日 提出

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	発病又は負傷年月日	傷病名(医師の同意を受けた傷病名)	
	記号	番号	年 月 日	
	施術を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	発症又は負傷の原因及びその経過
		男・女	1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他()	業務上・外、第三者行為の有無
申請者(被保険者氏名)	(フリガナ)	〒 -	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他	
	印	住所		
	年 月 日 生	電話		
※任意継続被保険者又は資格喪失者のみ記入		振込先	銀行名 支店名 支店番号 普通貯蓄	

は り ・ き ょ う 師 記 入 欄	初療年月日	施 術 期 間	実日数	請 求 区 分
	年 月 日	自・ 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		摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入
	施 術 内 容	はり	円× 回= 円	施術者氏名
	料	きゅう	円× 回= 円	施術日 年 月 日
		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	※往療を必要とした場合に記入
		往 療 料 4kmまで	円× 回= 円	往療日 年 月 日
		往 療 料 4km超	円× 回= 円	往療を必要とした理由
	施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)	円× 回= 円		
	費 用 額 計	円× 回= 円		
	施術日 通院○ 往療◎	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	
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。	年 月 日	保険所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地
	はり師免許登録番号		所在地	
	きゅう師免許登録番号		施術所名	
			施術管理者名	印 電話
同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所	同 意 年 月 日	傷 病 名
			年 月 日	要 加 療 期 間

<記入にあたっての注意事項>

□同意記録は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

※当該申請書を提出の際には、**施術に要した費用の領収書(原本)**を必ず添付してください。

<その他添付書類(該当する場合)>

□医師の同意書原本(初回受診時) □施術報告書写し □往療状況確認表 □1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書