

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）

平成 年 月 分

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	—			事業所名称					
	被保険者氏名・捺印	ワガナ			住所					
	療養を受けた者の氏名					生年月日	昭・平	年	月	日
	傷病名				発病又は負傷年月日	平成	年	月	日	
	発病の原因及び経過				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					
	被保険者振込先口座	預金の種類 1. 普通	金融機関名		銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所				
	口座番号				口座名義 カナ					
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		
					平成	年	月	日		

はり師・きゅう師が記入するところ	初療年月日	年	月	日	施術期間	自・平成	年	月	日	実日数	請求区分		
						至・平成	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				
	施術内容欄	施術料	はり							円×	回=	円	
			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		4 km まで			円×		回=		円			
	往療料		4 km 超			円×		回=		円			
施術報告交付料（前回支給： 年 月分）							円×	回=	円				
費用額計 円													
施術証明欄	施術日 通院○ 往療◎	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											
	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。							平成 年 月 日				保健所登録区分	
	住所	氏名			電話番号		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地					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： 平成 年 月 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)