

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 000-00000000 事業所名称 ○○○○株式会社○○工場
被保険者氏名・捺印 三 菱 太 郎 住所 ○○県○○市○○町1-1
療養を受けた者の氏名 三 菱 愛 子 生年月日 昭・平 ○○年 ○○月 ○○日 続柄 妻
傷病名 リウマチ 発病又は負傷年月日 平成 ○○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
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 ××駅前 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
同意記録 同意医師の氏名 △△ △△ 住所 ○○県○○市△△町1-1 同意年月日 平成 ○○年○○月○○日 傷病名 リウマチ 要加療期間 3ヶ月

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 至・平成 年 月 日 実日数 日 請求区分 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 転帰 治癒・中止・転医
初検料 1.はり 円
はり 回= 円
きゅう 回= 円
はり・きゅう 回= 円
電療料 1.電気針 2. 回= 円
往療料 加算 ( km) 円× 回= 円
費用額計 円
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
住所 氏名 電話番号
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
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3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)