

療養費支給申請書（〇年〇月分）（はり・きゅう用）

記入例

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号						○発病又は負傷年月日			○傷病名					
	1	2	3	4	-	5	6	平・令 〇年〇月〇日			頸腕症候群				
	(フリガナ)						続 柄			○発症又は負傷の原因及びその経過					
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名 健 保 太 郎						男	①本人 2.配偶者 3.子 4.その他 ()			日常生活における疲労の積み重ね ○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である ③ その他				

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日			施 術 期 間				実 日 数		請 求 区 分		
	平・令 年 月 日			令和 年 月 日～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							円		摘 要		
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用									※施術者等から施術内容欄と施術証明欄の証明を受けてください。		
	施 術							円× 回＝ 円				
	はり							円× 回＝ 円				
	きゅう							円× 回＝ 円				
	はり・きゅう併用							円× 回＝ 円				
	電療料							円× 回＝ 円				
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					
施術報告書交付料 (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○			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								
	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. 出張専門施術者住所地		
	はり師免許登録番号									所在地			施術所名		
	きゅう師免許登録番号									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 〇年 〇月 〇日				〒 〇〇〇-××××				被保険者 住所 豊島区北大塚〇-〇-〇				氏名 健保 太郎 電話 〇〇-××××-××××		
東京都歯科健康保険組合理事長 殿 (請求者)															

振 込 先 指 定 口 座 欄	①公金受取口座 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> を、利用しない場合は下記の欄をご記入ください。)													
	②支払区分			預金の種類			金融機関名			支店番号(〇〇〇)				
	振 込			①: 普通 2: 当座			〇×〇× 銀行 信用金庫 〇〇〇 支店 信用組合 農協							
口座名義 カタカナで記入			ケンポ タロウ			口座番号			1 2 3 4 5 6 7					

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		
	〇〇 〇〇			豊島区北大塚〇-〇-〇			令和 〇年 〇月 〇日			頸腕症候群			3か月		

本申請書に基づく給付金に関する受療を代理人に委任します。															
被保険者 住所 (請求者)				代理人 住所				氏名				氏名			

※被保険者以外の口座に振込を希望される場合は、上記の委任状欄もご記入してください。