

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|---------------------------------------|--|--|--|
| 被 保 険 者 欄 | ○被保険者証等の記号番号 | | | | | | | | ○発病又は負傷年月日 | | | | ○傷病名 | | | |
| | - | | | | | | | | 平・令 年 月 日 | | | | | | | |
| | (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 | | | | | | | | 男・女 | | | | 1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 () | | | |
| 昭・平 年 月 日生 | | | | | | | | | | | | ○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 | | 転 帰 | | | | | | | |
| | | | 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 () | | 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 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 | | 円× 回＝ | | 円 | | | | | | |
| 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具 | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | 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 | | | | 所在地 | | | | | | | |
| | はり師免許登録番号 _____ | | | | 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 年 月 日 | | | | 被保険者 住 所 東京都歯科健康保険組合理事長 殿 (請求者) 氏 名 電話 | | | |

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|------|---------------|--|--------------------------|--|----------|--|
| 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 () | |
| | 振 込 | | 1 : 普通 2 : 当座 | | 銀行 信用金庫 信用組合 農協 | | 支店 | |
| 口座名義 カタカナで記入 | | 口座番号 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|------------------|---------|--|-----|--|----------|--|-------|--|-------|--|
| 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療を代理人に委任します。 | | | | 令和 年 月 日 | | | |
| 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。