

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被保険者欄	○被保険者等記号・番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																												
	—		年 月 日																														
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	○業務上・外、第三者行為の有無																													
男・女		1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()																															
	昭・平・令 年 月 日生		○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)																														
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		自・令和 年 月 日～至・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																											
	初検料 1はり 2きゅう 3はりきゅう併用					円																											
	施術料	はり・きゅう	施術の種類	1術 回	2術 回																												
		通所		円× 回=	円																												
		訪問施術料 1		円× 回=	円																												
		訪問施術料 2		円× 回=	円																												
		訪問施術料 3 (3人～9人)		円× 回=	円																												
		訪問施術料 3 (10人以上)		円× 回=	円																												
		電療料 (加算 / 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)		円× 回=	円																												
		特別地域 (加算)		円× 回=	円																												
	往療料		円× 回=	円																													
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円× 回=	円																													
合計						円																											
施術日	訪問1①	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	
通所	訪問2②																																
往療	訪問3③																																
○往療又は訪問の理由 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ()																																	
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		—																														
	登録記号番号	はり師	住所																														
登録記号番号	きゅう師	氏名	住所		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		申請者 住所																														
東京都歯科健康保険組合理事長 殿 (被保険者)		氏名		電話																													
振込先指定口座	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																												
	振 込	1. 普通	2. 当座	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所																													
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																												
					令和 年 月 日																												
傷病名		要加療期間																															

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日

申請者 住所 代理人 住所

(被保険者) 氏名 氏名

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に署名してください。