

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			
					—				平・令 年 月 日							
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名		(フリガナ)				続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過							
			男・女		1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()		○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									
		昭・平 年 月 日生														

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 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用								円		摘 要																				
	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。 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			
	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												〒				—			
	東京都歯科健康保険組合理事長 殿				被保険者 住 所 (請求者) 氏 名				電話											

振 込 先 指 定 口 座 欄	①公金受取口座 ☐ 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 ☒ 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。