

療養費支給申請書（○年○月分）（はり・きゅう用）

記入例

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																													
	1	2	3	4	—	5	6				平・令 ○年○月○日										頸腕症候群																													
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名 健保 太郎										(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 ()										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										※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。																			
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用																																																	
	施 術										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										氏名										電話																													
	きゅう師免許登録番号																																																	
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 豊島区北大塚○-○-○ (請求者) 氏 名 健保 太郎 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 ○○○ 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									
	○○ ○○										豊島区北大塚○-○-○										令和 ○ 年 ○ 月 ○ 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。

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。