

被保険者・家族療養費支給申請書 (第 〇〇 回目)
(はり・きゅう)

◎この申請書に記載されている個人情報 は支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません。

被保険者証	記号	事業所名 (または勤務していた事業所名)		
	番号			
被保険者 (申請者) 氏名	フリガナ 氏名			
被保険者 (申請者) 現住所	〒		自宅電話 携帯電話	
傷病名			発病・負傷の年月日	令和 年 月 日
発病又は負傷の原因及びその経過				業務上・外、第三者行為の有無
				1.業務上 2.第三者行為 3.その他
療養が被扶養者に関する請求である時はその者の	フリガナ 氏 名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生

◎往療が行われた場合は、往療を必要とした理由を摘要欄に記入してください。
◎はり・きゅう師記入欄は、施術者が記入してください。
◎暦月ごと・受療者ごとに一枚、この申請書に記入し、「領収書 (原本)」を添付してください。
◎はじめてかかったときの申請であるときは、「医師の同意書」を添付してください。

はり・きゅう師記入するところ	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分												
	令和 年 月 日	自・ 年 月 日 ~ 至・ 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												
	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		円 × 回 = 円														
	1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具																
往療料	4kmまで		円 × 回 = 円														
往療料	4km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◎		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	登録番号		住所 電話番号													
同意記録	はり師・きゅう師 住所 氏名																
	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														

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主 (代理人) に委任します。	
	被保険者 (申請者) 氏名	
	事業所所在地	
事業主 (代理人)	事業所名	事業主名

★個人振込の場合には、「支払金融機関欄」を記入してください。(受取代理人の欄は記入不要)

支払金融機関欄	金融機関コード	支店番号	
	普通・当座	銀行・金庫	支店・本店
	口座番号	口座名義 フリガナ 氏名	

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

受付日付印

東京都食品健康保険組合