

被保険者・家族療養費支給申請書（第 回目）
（はり・きゅう）

◎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。

被保険者が記入するところ	被保険者（申請者）	記 号	事業所名（または勤務していた事業所名）		
		番 号			
		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	

はり・きゅう師 内 容 欄 が 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 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()				転 帰						
						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 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具	円 × 回 = 円									
	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												
同意記録	はり師・きゅう師	住所	電話番号									
	氏名											
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									

◎この申請書に記載されている個人情報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。

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 事業所名 (代理人) 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。 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。
-----	---

東京都食品健康保険組合

受付日付印