

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日 年 月 日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過	
	(フリガナ)		続 柄		○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 ())	
	療養を受けた者の氏名		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 () 年 月 日		施術期間 自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		実日数 日	
	傷病名		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩		請求区分 新規・継続	
			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	
	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	
	費用額計				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		〒 -			
申 請 欄	免許登録番号		はり師 住所			
	免許登録番号		きゅう師 氏名		電話	
支 払 機 関 欄	支払区分 1. 振 込		預金の種類 1. 普通 2. 当座		金融機関名	
	口座名義 カタカナで記入		口座番号		銀行 本店 支店 出張所 金庫 農協	
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事業主(代理人)に委任します。 令和 年 月 日

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 _____

※ 給付金に関する受領を事業主(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)場合に記入してください。 東京都食品健康保険組合