

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 記号・番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過					
			年 月 日							
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)		続 柄	○業務上・外、第三者行為の有無					
		男 ・ 女			( 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ( ) )					
昭・平・令 年 月 日生		○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)								
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間		実日数		請 求 区 分			
	( ) 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・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・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 通所○ 訪問2② 往療◎ 訪問3③		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						
○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	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 東京都食品健康保険組合理事長 殿 (申請者) 氏名		電話					
同 意 記 録	支払区分 1. 振 込		預金の種類 1. 普通 2. 当座		金融機関名		銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所			
	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 事業所名			
(代理人) 事業主名			