

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)		統 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、保険証住所地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. 類腕症候群	4. 五十肩	転帰		
			5. 腰痛症	6. 類椎捻挫後遺症	7. その他()	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 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 月									
往療○ 訪問3③									
○往療又は訪問の理由(1. 歩歩による公共交通機関を使っての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより歩歩による外出困難 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				〒	-			
	免許登録番号 はり師 住所								
申請欄	免許登録番号 きゅう師 氏名 電話								
	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(申請者) 住所				住所				
東京都食品健康保険組合理事長 殿 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		銀行 金庫 農協	本店 支店 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