

|     |   |   |          |      |     |    |   |
|-----|---|---|----------|------|-----|----|---|
| 支給額 | ※ | 円 | 支払年月日    | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 |
|     |   |   | 令和 年 月 日 |      |     |    |   |

- 被保険者  
 被扶養者

## 療養費支給申請書 (はり・きゅう用)

本・家印

※ 処理区分 償還払い 29

提出日 令和 年 月 日

|       |                 |           |                   |   |   |   |        |
|-------|-----------------|-----------|-------------------|---|---|---|--------|
| 被保険者欄 | 被保険者証の記号番号      | 記号        | 被保険者の(申請者)氏名と生年月日 | S・H   | 年 | 月 | 日      |
|       | 事業所名所在地         | 番号        | 内線 ( )            |   |   |   |        |
|       | 申請者が扶養者のときはその方の | 氏名        | 生                 | 年   | 月 | 日 | 続柄     |
|       | 傷病名             | 発病又負傷の年月日 |                   | H・R   | 年 | 月 | 日 (時頃) |
|       | 発病又は負傷の原因及びその経過 | 医療助成      |                   | <input type="checkbox"/> 受けている ( )<br><input type="checkbox"/> 受けていない |   |   |        |

|       |                         |  |   |             |
|-------|-------------------------|--|---|-------------|
| 施術内容欄 | 初療年月日                   | 施術期間   | 実日数   | 請求区分        |
|       | 平成・令和 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<br>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   | 継続・治癒・中止・転医 |
|       | 施                       | はり   | 円× 回=   | 摘要          |
|       | 術                       | きゅう  | 円× 回=   |             |
|       | 料                       | はり・きゅう併用   | 円× 回=   |             |
|       |                         | 電療料(1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)                                       | 円× 回=   |             |
|       |                         | 往療料 4kmまで  | 円× 回=   |             |
|       |                         | 往療料 4km超   | 円× 回=   |             |
|       | 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)   | 円× 回=  | 円   |             |
|       | 合計                      |  | 円   |             |
|       | 施術日<br>通院○<br>往療◎       | 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 |             |

|       |  |         |                         |
|-------|--|---------|-------------------------|
| 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 施術所 所在地<br>登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号) 名称<br>施術管理者 氏名 印 電話 |         |                         |

|      |         |     |          |       |       |
|------|---------|-----|----------|-------|-------|
| 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 |       |       |

注) 初回、及び6ヶ月を超えて引き続き施術を受ける場合は、保険医の診察を受け同意書(文書)の交付を受けて、療養費支給申請書に添付してください。

注) 被保険者は全て給与組込みですので、「振込を希望する金融機関」欄の記入は不要です。

また、任意継続者も、保険料を引き落している郵便局の口座に振り込みますので、「振込を希望する金融機関」欄の記入は不要です。

|                            |       |         |      |   |
|----------------------------|-------|---------|------|---|
| す振<br>る込<br>金を<br>融希<br>機望 | 金融機関名 | 金融機関コード | 預金種目 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 |
|                            | 店名    | 店番号     | 口座番号 |   |
|                            | 口座名義  | 漢字      | カタカナ |   |

注) 全て給与組込みですので、受取代理人の本人欄に記名してください。(任意継続者を除く)

|         |   |       |
|---------|---|-------|
| 受取代理人の欄 | 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日    | ※ 受付印 |
|         | 本人 住所 氏名<br>-----<br>代理人 住所 氏名<br>----- |       |

備考 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)には、備考欄に記載して下さい。

個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス (□)」にチェックを入れてください。

本申請書の提出について、事業主に委任いたします。(委任する場合 )