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

本・家　印

□被保険者
□被扶養者

療養費支給申請書（はり・きゅう用）

※　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	
	番号			S・H　年　月　日
事業所名 所在地				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
		S・H・R	年　月　日	
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	□ 受けている（　） □ 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
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	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	
合　計		円	

施術日 通院○ 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
名　称
施術管理者　氏　名　印　電話

登録記号番号（又は申し出た施術者登録番号）

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		

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しますので、「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、保険料を引き落と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。

振込を希望する金融機関					
金融機関名		金融機関コード		預金種目	□ 普通　□ 当座
店名		店番号		口座番号	
口座名義	漢字		ｶﾀｶﾅ		

注）全て給与組込しますので、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

本人　住所
氏名

代理人　住所
氏名

※　受付印

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　☑）