

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 2 年 11 月 5 日

被保険者欄	被保険者証の記号番号	記号 11 番号 1234	被保険者の(申請者)氏名と生年月日	光学 一郎 (S)・H 45 年 10 月 10 日			
	事業所名所在地	オリンパス(株) 東京都新宿区西新宿2-3-1 内線 (1234)					
	申請者が扶養者のときはその方の氏名	氏名 光学 三郎	生 年 月 日	(S)・H・R 20 年 4 月 8 日		続 柄 父	
	傷病名	腰痛症	発病又負傷の年月日	H・(R) 1 年 8 月 1 日 (時頃)			
	発病又は負傷の原因及びその経過	不詳		医療助成	<input type="checkbox"/> 受けている () <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない		

施術内容欄	初療年月日	平成 (R) 2 年 9 月 1 日	施術期間	自・令和 2 年 10 月 1 日～至・令和 2 年 10 月 31 日	実日数	6 日	請求区分	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	はり	円 ×	回 =	円				
		きゅう	円 ×	回 =	円				
	料	はり・きゅう併用	1,580 円 ×	5 回 =	7,900 円				
		電療料 (1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)	30 円 ×	5 回 =	円				
		往 療 料	4 km まで	円 ×	回 =	円			
		往 療 料	4 km 超	円 ×	回 =	円			
		施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円 ×	回 =	円				
合 計				8,050 円					
施術日 通院○ 往療○		10 月		1 (R) 2 3 4 5 6 (R) 7 8 9 10 11 (R) 12 13 14 15 16 17 18 (R) 19 20 21 22 23 (R) 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 1 年 10 月 1 日 施術所 所在地 東京都渋谷区幡ヶ谷 ○-△-□ 登録記号番号 (又は申し出た施術者登録番号) 名称 ○×鍼灸院 1234567890123 施術管理者 氏名 ○×太郎 (印) 電話 03-567-8901				

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
	鈴木 一郎	東京都渋谷区幡ヶ谷○×	令和 1 年 10 月 1 日	腰痛症	

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 関 融 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 東京都渋谷区幡ヶ谷1234 氏名 光学 一郎	
	代理人 住所 氏名	

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。 <input type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/>
--------	--