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　2　年　11　月　5　日

被保険者欄

被保険者証の記号番号	記号	11	被保険者の（申請者）氏名と生年月日	光学　一郎
	番号	1234		(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	生年月日	続柄
	光学　三郎	(S)・H・R　20　年　4　月　8　日	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	□ 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)　2　年　9　月　1　日	自・令和　2　年10　月1　日～至・令和　2年　10月　31日	6　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
施術料	はり	円×	回＝　円
	きゅう	円×	回＝　円
	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	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			8,050 円

摘要

施術所にて、施術内容を記入して貰ってください。

施術日 通院○ 往療◎	10 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　1年　10月　1日

登録記号番号（又は申し出た施術者登録番号）
1234567890123

施術所　所在地　東京都渋谷区幡ヶ谷　○-△-□
名　称　○×鍼灸院

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　東京都渋谷区幡ヶ谷1234
氏名　光学　一郎

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　☑）