

療養費支給申請書(年 月分)はり・きゅう用

被 保 険 者 記 入 欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名	
	-		年 月 日			
	(フリガナ)			○発症又は負傷の原因及びその経過		
	施 術 者 を 受 け た の 氏 名 昭・平 年 月 日生			○業務上・外、第三者行為の有無		
1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他						

施 術 内 容 欄	初療年月日		施 術 期 間		実日数		請 求 区 分				
	期 間		自・ 年 月 日～至・ 年 月 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()		日		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				
	術 料		はり		円 × 回 = 円		摘 要				
			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		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				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	
	年 月 日		所在地		電話	
	はり師免許登録番号 _____		施術所名			
きゅう師免許登録番号 _____		施術管理者名		㊞		

申 請 欄	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。		〒		電話		
	年 月 日		住 所				
亀田総合病院健康保険組合理事長 殿		被保険者 (請求者)		氏 名			
支 払 機 関 欄	金融機関名称		銀行 信金 信組 農協 漁協 その他()		本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所		
	普通口座		左詰めでご記入ください		カタカナでご記入ください		
		口座名義					

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	
					年 月 日				年 月 日から 年 月 日まで	

申請者 住所 (被保険者)		本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		氏名 _____ ㊞	
令和 年 月 日		代理人 住所		氏名 _____ ㊞	

※給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

20210701