

赤字で記入している箇所を
すべて記入してください。
(不明な箇所があれば
空白で結構です。)

健康保険組合		
常務理事	事務長	係員

療養費支給申請書 (令和 1年 10月分) (はり・きゅう用)

※ 下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。(任意継続は除く)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号・番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名											
	記号	○	○	番号	○	○	○	○	○	平成・令和	不詳	年	月	日	腰痛症					
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ				続柄		○発症又は負傷の原因及びその経過												
		健保 花子				妻		不詳												
○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										
昭和 平成 令和 △△年 △△月 △△日生																				
施 術 内 容 欄	初療年月日				施術期間				実日数				請求区分							
	令和 1年 10月 1日				令和 1年 10月 1日～令和 1年 10月 30日				4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								転 帰							
	5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()												継続・治癒・中止・転医							
	初検料				1, 6 1 0 円								摘 要							
	1. はり 2. きゅう 3. はりきゅう併用																			
	施 術		はり		1,540 円 ×		4 回 =		6,160 円											
	術		きゅう		円 ×		回 =		円											
	料		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		30 円 ×		4 回 =		120 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: 令和 年 月分)		円 ×		回 =		円												
費用額計								7, 8 9 0 円												
施術日		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																
通院○																				
往療◎																				
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。				令和 1年 10月 30日				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							
	住所 ●●市●●町●●																			
	免許登録番号 3 3 6 6 9 9 はり師				氏名 ●●●				電話(●●●)●●●-●●●●											
免許登録番号 9 9 6 6 3 3 きゅう師																				
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。																			
	令和 1年 11月 5日				〒 ○○○-○○○															
	申請者 近畿日本鉄道健康保険組合理事長 殿 (被保険者)				住所 ○○市○○区○○丁目○-○○				氏名 健保 太郎				電話(○○○)○○○-○○○							
支 払 機 関 欄	支払区分				預金の種類				金融機関名				銀行 本店							
	1. 振 込		2. 銀行送金		1. 普通		2. 当座						金庫 支店							
	3. 郵便局送金		4. 当地払		3. 通知		4. 別段						農協 出張所							
□ 座名義カタカナで記入				口座番号								郵便局								
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			
	◎ ◎ ◎ ◎				◎◎市◎◎北◎◎				令和 1年 9月 15日				腰痛症							

太枠内の青色文字は
医師が記入します。

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。 令和 年 月 日

申請者 住所
(被保険者) 氏名
代理人 住所
氏名 (印)

※ 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。

診 断 書

(はり及びきゅう療養費用)

患 者	住 所	〇〇市〇〇〇区〇〇〇丁目〇-〇〇		
	氏 名	健 保 花 子		
	生 年 月 日	昭和・平成・令和	△△年	△△月 △△日
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 ()			
	※ 1～6は、当てはまるものに○をつけてください。 7は、慢性的な疼痛を主訴とする病名を記載ください。			
発病年月日	昭和・平成・令和	年	月	日 不 詳
診察区分	① 初 診 ・ 再 診 (○をつけてください)			
診 察 日	令和	1年	9月	15日
症 状 (主訴を含む)				
注意事項等	注意すべき事項等があれば記載してください (任意)			
令和 1年 9月 15日 保 険 医 療 機 関 名 〇〇クリニック 所 在 地 〇〇市〇〇北〇〇 保 険 医 氏 名 〇 〇 〇 〇				

太枠内の青色文字は
医師が記入します。

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で記載する必要があります。
 保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載してください。