

療養費・家族療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

支払年月日	年 月 日	資 格	常務理事	事務長	係 員
支給額	円	得	年 月 日		
		喪	年 月 日		
施術の期間			支給決定額		
自	年 月 日	日間	円		
至	年 月 日		年 月整理番号		

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号番号	事業所	被保険者氏名	傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)
	施術を受けた者の氏名	(フリガナ)	続 柄	発症又は負傷の原因及びその経過
			1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()	発病または負傷年月日
		昭・平・令 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 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
	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 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____
	施 術	はり	円× 回= 円	施術日 . . . 日
	内 術	きゅう	円× 回= 円	
	料	はり・きゅう併用	円× 回= 円	
	容	電療料	円× 回= 円	※往療を必要とした場合に記入
	欄	1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具		
		往療料	4 km まで	円× 回= 円
	往療料	4 km 超	円× 回= 円	往療を必要とした理由
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円× 回= 円		
	費用額計		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。 令和 年 月 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
	はり師免許登録番号 _____	所在地	
	きゅう師免許登録番号 _____	施術所名	施術管理者名 ㊟ 電話

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 年 月 日	被保険者住所 住友重機械健康保険組合理事長 殿 (請求者)	氏名 ㊟
	同意医師の氏名	住 所	同意年月日
同 意 記 録			傷 病 名
			要加療期間

住友重機械健康保険組合 理事長 殿 (事業所を退職されている方は記入不要です。)

委 任 状	私は下記の事業主を代理人と定め、当該給付金の受領方を委任します。 令和 年 月 日	住 所	
	被保険者 (請求者) 氏 名		㊟
	事業所名	代理人 所在地	㊟
	(事業主) 氏 名		