

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)
	1-123456	株式会社 住重健保	住重 健太	XXXXXXXXXXXX
	施術を受けた者の氏名	(フリガナ) スジユウ ケンタ 住重 健太	続 柄 1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()	発症又は負傷の原因及びその経過 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 発病または負傷年月日 ×年 ×月 ×日

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	令和 年 月 日	施術期間	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日	実日数	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		
	初 施 術 料	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用				円	※施術管理番号が施された場合に記入 施術者氏名 _____		
	施 術 料	はり	円 ×	回 =	円	施術日 . . . 日			
	施 術 料	きゅう	円 ×	回 =	円				
	施 術 料	はり・きゅう併用	円 ×	回 =	円				
	施 術 料	電療料 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具	円 ×	回 =	円	※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日			
	施 術 料	往 療 料 4 km まで	円 ×	回 =	円	往療を必要とした理由			
	施 術 料	往 療 料 4 km 超	円 ×	回 =	円				
	施 術 料	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	

施術所または施術者が記入・捺印をしてください。

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					〒141-XXXX		被保険者 住 所 東京都品川区大崎×-×-×	
	住友重機械健康保険組合理事長 殿					(請求者)		氏 名 住重 健太	
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				
	×× ××	東京都品川区×××-××-×	×年 ×月×日	XXXXXXXXXXXX	令和○年○月○日～ 令和×年×月×日				

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 東京都品川区大崎×-×-×			
	被保険者 (請求者) 氏 名 住重 健太							住重 (印)	
	事業所名					代理人 所在地 代理人印 (事業所印) を押してください。			
	(事業主) 氏 名							(印)	