

療養費支給申請書（令和 年 月分）（はり・きゅう用）

※訂正する場合は二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号		記号	番号	被保険者 氏名	事業所名																											
	療養を受けた者の氏名	フリガナ			続柄 家族は(続柄)を記入	傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)																											
					1. 本人 2. 家族〔 〕	発症または負傷の原因及びその経過																											
		生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日																															
業務上、第三者行為の有無	1. 業務上 2. 第三者行為	3. その他	発病又は負傷年月日	年 月 日	施術した場所 ※入居施設や住所地特例等、 保険証等住所地と異なる場合に記載																												
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	日	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	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 料	はり・きゅう		施術の種類		1術 回	2術 回																										
		通所				円×	回=	円																									
		訪問施術料 1				円×	回=	円																									
		訪問施術料 2				円×	回=	円																									
		訪問施術料 3 (3人～9人)				円×	回=	円																									
		訪問施術料 3 (10人以上)				円×	回=	円																									
	電療料 (加算) 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具				円×	回=	円																										
	特別地域 (加算)				円×	回=	円																										
	往療料				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	訪問1①	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	
通所○	訪問2②																																
往療◎	訪問3③																																
往療又は訪問の理由		1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難			2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難			3. その他 ()																									
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		〒 -		住所		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地																						
	免許登録番号		はり師		住所		名称		氏名		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		申請者		住所		住友重機械健康保険組合理事長 殿		(被保険者) 氏名																						
	同意医師の氏名		住 所		同意年月日		傷 病 名		要加療期間		令和 年 月 日																						
振 込 先	※事業所(会社)を退職して資格を喪失した方のみご記入ください。		金融機関名		銀行・金庫・農協・その他		本店・支店・出張所		普通預金																								
	口座番号		口座名義		※カタカナで記入																												
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。 ※事業所(会社)に在籍されている方のみご記入ください。事業所(会社)を退職されている方は記入不要。		被保険者 (申請者) 氏 名 (自署)		代理人 (事業主) 所 在 地 称 名 氏		受付 令和 年 月分 支払年月日 令和 年 月 日		健保使用欄																								
							※自署できない場合は捺印が必要です。																										