

療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

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（医師の同意を受けた傷病名）																								
	年 月 日						年 月 日																											
	(フリガナ)						続 柄			○発症又は負傷の原因及びその経過																								
施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	男 ・ 女						1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()			○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・平・令 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 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									円			摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入																					
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用												施術者氏名 _____																					
	施 術 料	はり			円× 回＝						円			施術日 . . . 日																				
		きゅう			円× 回＝						円																							
	料	はり・きゅう併用			円× 回＝						円			※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日																				
		電療料			円× 回＝						円																							
	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 証 明 欄	施術日			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◎																																	
申 請 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																					
	令和 年 月 日						所在地																											
	はり師免許登録番号 _____						施術所名			電話番号 _____																								
きゅう師免許登録番号 _____						施術者名			電話番号 _____																									
支 払 機 関 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			〒 -																								
	全日本理美容健康保険組合理事長 殿						被保険者 住所			氏名 電話																								
同 意 記 録	支払区分			預金の種類						金融機関名			銀行 本店																					
	1. 銀行振込 2. ゆうちょ振込			1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段						金庫 支店 農協 出張所																								
□ 座名義 カタカナで記入			口座番号																															
同意医師の氏名			住 所						同意年月日			傷 病 名																						
									令和 年 月 日																									
要加療期間																																		

<記入にあたっての注意事項>

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・二重線内（「**施術内容欄**」および「**施術証明欄**」）は、**施術管理者**へ記入を依頼してください。
- ・「**支払機関欄**」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・「**同意記録**」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「**同意記録**」に記入してください。
- ・当該申請書を提出の際には、**施術に要した費用の領収書（原本）**を必ず添付してください。

<その他添付書類（該当する場合）>

□医師の同意書（原本） □施術報告書（写し） □往療状況確認表 □1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書