

## 療養費支給申請書（はり・きゅう用）

平成 XX 年 XX 月分

ダイフク健康保険組合 殿

提出日 平成 XX 年 XX 月 XX 日

下記のとおり、申請します。

被保険者氏名 健保 太郎

## 【被保険者の記入欄】

被保険者証の 記号・番号	11 - 234567	事業所名	株式会社ダイフク
被保険者の 氏名	健保 太郎	被保険者の 生年月日・年齢	昭和 XX 年 XX 月 XX 日 (XX 歳) 平成
被保険者の 住所	(〒 XXX - XXXX ) 〇〇県〇〇市△△町 1	(電話番号 XXXX - XX - XXXX )	
療養を受けた者の 氏名・続柄	健保 愛子 被保険者との続柄 ( 妻 )	療養を受けた者の 生年月日・年齢	昭和 XX 年 XX 月 XX 日 (XX 歳) 平成
傷病名	頸腕症候群	発病または負傷の原因 とその経過	転倒して首から腕にかけて痛みがあり、病 院を通院していたが改善しないため、その 医師より鍼灸の指示があった。
発病または 負傷の年月日	平成 XX 年 XX 月 XX 日		
業務上の負傷ですか	はい・いいえ	第三者の行為によるものですか	はい・いいえ
振込希望銀行 被保険者、または受取代理人 名義のものを記入	〇× 銀行 〇× 支店 普通・口座番号 1234567 口座名義 (カナ) ケンポ タロウ		
受取代理人の 欄	この欄は、給付金の受取りを代理人に委託する場合のみ記入ください。 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 被保険者 (申請者) 被保険者の住所 代理人の 代理人の住所・電話 氏名と印		

## 【はり師・きゅう師の記入欄】

施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
		平成 年 月 日	自:平成 年 月 日~至:平成 年 月 日	日
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
初検料	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用			円
	施療料			円
	はり			円× 回 = 円
	きゅう			円× 回 = 円
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			円× 回 = 円	
往療料	2 km まで			円× 回 = 円
	加算 ( km)			円× 回 = 円
費用額合計				円
施術日 通院○ 往療◎	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。			保健所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地
	平成 年 月 日 住所			
	施術所名称			
	免許登録番号 はり師 免許登録番号 きゅう師 氏名 (印) 電話番号 ( )			
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
	電話番号 ( )			

## 【添付書類】

「施術に要した費用の領収書」原本（自費診療とわかるもの、宛名は受診者氏名、領収印があるもの）  
「医師の同意書」原本

## 【注意事項】

- ・暦月ごとに、この申請書を記入してください。
- ・病院等で治療中の同一傷病の療養費支給申請はできません。
- ・初回の申請の場合は、医師の同意書を添付すること。
- ・初療の日から3ヶ月を過ぎ、さらに施術を受けるときは、「医師の同意書」を添付する。