

療養費支給申請書（はり・きゅう用）

XX年XX月分

ダイフク健康保険組合 殿

提出日 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	XX年XX月XX日（XX歳）
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	XX年XX月XX日（XX歳）
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	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） 印 被保険者の住所 代理人の 印 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		
		年 月 日	自： 年 月 日～至： 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		
初検料	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用			円	摘要 *往療を必要とした理由、往療料の距離計算が判断できる明細、その他施術に関する特記事項等を記入ください。	
	はり					円× 回 = 円
	きゅう					円× 回 = 円
	はり・きゅう併用					円× 回 = 円
往療料	4 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	
	年 月 日			住所		
	免許登録番号			はり師		
	免許登録番号			きゅう師		
			氏名			
			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6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。