健康保険　被保険者 被扶養者

療養費支給申請書

はり・きゅう用
（　××年　×月分）

被保険者欄	記号	番号	氏名	生年月日
被保険者の	9999	9999	渋谷　一朗	昭・平・令　○年　○月　○日
事業所の名称	○○○○セメント株式会社			☎　03-1234-5678

療養を受けた者の氏名（生年月日）		続柄	
（ﾌﾘｶﾞﾅ）シブヤ　イチロウ		本人	○傷病名　（医師の同意を受けた傷病名）
渋谷　一朗　男・女			○発症又は負傷の原因及びその経過
			（いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入）
（昭・平・令　○年　○月　○日）			○業務上・外、第三者行為の有無
			1．業務上　2．第三者行為である　3．その他

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。

××年　×月　×日　　申請者（被保険者）　住所　東京都○○○○○○

セメント商工健康保険組合理事長　殿

氏名　渋谷　一朗　☎　03-1111-2222

※　受領について（どちらかに✔）　☑事業所への委任払いを希望（委任状欄へ）　☐個人口座への振込を希望（振込先へ）

委任状

私は下記の受領責任者を代理人と定め、　年　月　日請求した療養費（本人・家族）の受領方を委任します。

××年　×月　×日

被保険者の　住所　東京都○○○○○○
氏名　渋谷　一朗　渋谷㊞

代理人の（受領責任者）　住所　東京都渋谷区○○○○○○
氏名　○○○○セメント株式会社　セメント太朗　セメント㊞

振込先	銀行	支店	普通 当座	口座番号	（ﾌﾘｶﾞﾅ）名義人

※１ヶ月ごとに記入してください
※添付書類：①領収書原本　②６ヶ月ごとに医師の同意書の原本
③施術報告書の写し（施術報告書交付料の申請がある場合のみ）

施術内容証明書欄

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				転帰
1．神経痛	2．リウマチ	3．頸腕症候群	4．五十肩	継続・治癒・中止・転医
5．腰痛症	6．頸椎捻挫後遺症	7．その他（　）		

			摘要
初検料 1はり　2きゅう　3はり・きゅう併用		円	
施術料 はり	円×　回＝	円	
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 円	
往療料　4kmまで	円×　回＝	円	
往療料　4km超	円×　回＝	円	
施術報告書交付料（前回交付：　年　月分）	円×　回＝	円	
合計		円	

施術者に記入をお願いしてください

施術日 通院○ 往料◎	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

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. 出張専門施術者住所地

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　㊞　☎

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