

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	被保険者の	記号	番号	氏名		生年月日	
		9999	9999	渋谷 一郎		昭・平 43年 4月 1日	
	事業所の名称	〇〇〇〇セメント株式会社					☎
	療養を受けた者の氏名 (生年月日)	(フリガナ) シブヤ イチロウ		続柄	○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)		
		渋谷 一郎		男・女 本人	○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 43年 4月 1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 住所 東京都〇〇〇〇〇〇 (被保険者) セメント商工健康保険組合理事長 殿 氏名 渋谷 一郎 ⑩ ☎ 03-1111-2222						
委任状	私は下記の受領責任者を代理人と定め、 ××年 ×月 ×日 年 月 日請求した療養費(本人・家族)の受領方を委任します。						
	被保険者の		住所	東京都〇〇〇〇〇〇			
	代理人の (受領責任者)		住所	東京都渋谷区〇〇〇〇〇〇			
		氏名	渋谷 一郎				
		氏名	〇〇〇〇セメント株式会社 セメント太郎				
◆任意継続および資格を喪失されている方の申請で、上の代理人に委任しない場合に記入してください。							
振込先 銀行 支店 普通 口座番号 (フリガナ) 金融機関 当座 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	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩				転 帰	
		5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()				継続・治癒・中止・転医	
	初検料				摘 要		
	1 はり 2 きゅう 3 はり・きゅう併用						
	施術料	はり					円× 回= 円
		きゅう					円× 回= 円
		はり・きゅう併用					円× 回= 円
		電療料			円× 回= 円		
	1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具				円× 回= 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				氏名	⑩ ☎		
免許登録番号 () きゅう師							
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	