

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				
	記号		番号		年	月	日				
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)			続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過					
		男・女				○業務上・外、第三者行為の有無					
明・大・昭・平・令			年	月	日生	1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他					
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・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		
	初検料						円		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											
往療料		4 km まで		円×		回=		円			
往療料		4 km 超		円×		回=		円			
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)				円×		回=		円			
費用額計						円					
施術日 通院○ 往療◎		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								
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. 出張専門施術者住所地				
	令和 年 月 日				住所		氏名 電話				
申 請 欄	免許登録番号 _____ はり師				氏名		電話				
	免許登録番号 _____ きゅう師				住所		氏名 電話				
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		
					令和 年 月 日						

注 意 事 項	添付書類	①領収書 (原本) ②医師の同意書 (原本) ③当健保が関係機関へ照会することへの同意書
	振込先	・在職者へは事業主を通じて支給いたします。(給与同封) ・特例退職・任意継続被保険者へは加入時登録口座へ振り込みます。
	申請書提出先	・在職者は事業主を通じて送付してください。(トーエネックは人事部給与厚生・年金Gへ) ・特例退職・任意継続被保険者は健康保険組合まで直接送付してください。

受付日付印