

支給決議書	支給年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務局長	グループ長	担当者
	支給額								
	支給内訳	法定							
	付加					備考	支給期間		日間

療養費支給申請書(平成26年4月分)

(はり・きゅう用)

第 1 回目

(添付書類を添えて、ご申請下さい) *添付書類;領収書の原本、初療(初診)時、医師の同意書

被保険者欄	被保険者証の記号番号	記号	11	フリガナ	ケンボ タロウ	性別	男	続柄	本人	療養を受けた者の生年月日	昭・平22年12月2日生	
		番号	12345	療養を受けた者の氏名	健保 太郎		女					
発病又は、負傷の原因及びその経過 (原因については、各自の思い当たることをご記入下さい) 経過 不詳 順調に回復												
発病又は負傷の年月日は平成 20 年 2 月 頃 日で、その負傷等は(1,業務上 2,第三者行為 3,その他)である												
施術内容欄	初めて施術を受けた年月日	平成26年 4月 22日	施術(通院)の期間	平成26年4月22日から 平成26年4月31日までの	実日数	3日	(実際の施術日は、下記表に○、◎を記入)		請求区分 新規・継続 転 帰			
	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()						継続・治療・中止・転移				
	初検料	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用			1,660 円							
	施術料	はり				円×	回=	円				
		きゅう				円×	回=	円				
		はり・きゅう併用	1,510			円×	3 回=	4,530 円				
電療料(電気針・電気温灸器・電気光線器具)		30			円×	3 回=	90 円					
往療料	2kmまで			円×	回=	円						
加算()	km)			円×	回=	円						
費用額合計				6,280 円								
施術日	4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、その費用を徴収いたしました。				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						
申請欄	平成 26年 5月 1日 申請者(被保険者) 住所 〒144-00〇〇 大田区羽田空港〇-〇-〇				氏名 健保 太郎 自宅tel 03-5640-〇〇〇〇 押印してください 勤務先tel 03-3747-〇〇〇〇							
医師の同意について	(再)同意医師の氏名	日航 翼		(再)同意医師の住所	大田区蒲田〇-〇-〇		(再)同意年月日	平成 26年 4月 16日		傷病名	腰痛症	
委任状	上記により支給される療養費の受領に関することを下記の者に委任します											
	所在地	事業所 事業主証明印を、事業所健保窓口にて 名称 押印いただきます。 印 事業主名称印 被保険者の署名・捺印が必要です。 印 (委任者氏名印)										
受付日付印 特例退職(保険証記号30)及び、任意継続(保険証記号19)の方は記入不要。												

*はり・きゅう師より記入いただいでください。