

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（電話番号 XXXX-XX-XXXX） 〇〇県〇〇市△△町1		
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。 被保険者との関係 被保険者（申請者） 被保険者の住所 代理人の 代理人の住所・電話 氏名		

※【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	
施 術 内 容 欄	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	
	施療料	はり	円×	回＝	円
		きゅう	円×	回＝	円
		はり・きゅう併用	円×	回＝	円
	往療料	電療料 1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具	円×	回＝	円
		4 kmまで 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	施術所名称		
	免許登録番号	はり師	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	
	電話番号（ ）			要加療期間	

【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。