

常務理事	事務長	係

支給決定伺

被保険者証	記号	支出科目	療養費
	番号		家族療養費
被保険者氏名		支給決定金額	円
支給決定月日		会計処理月日	計算式

療養費支給申請書(令和 年 月分)(はり・きゆう用)

(添付書類を添えて申請願います) 1.領収書原本(レシート不可) 2.医師の同意書(初診時、以降6ヶ月毎)

施術内容等についてご記入ください(施術者記入欄)	被保険者等	記号	療養を受けた者の氏名	続柄	生年月日																												
		番号			昭・平・令 年 月 日生																												
	発病又は負傷の原因およびその経過																																
	発病又は負傷年月日	平・令 年 月 日	負傷原因	1.業務上 2.第三者行為 3.その他()																													
	初めて施術を受けた年月	平・令 年 月 日	施術(通院)の期間	月 日から 月 日まで	実日数 日																												
	請求区分	新規・継続																															
	負傷名	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()			転記 継続・治療・中止・転移																												
	初検料	1.はり 2.きゆう 3.はりきゆう併用			円																												
	はり・きゆう	施術の種類	1術	回	2術	回	摘要																										
	通所		円 ×	回 =	円																												
	訪問施術料 1		円 ×	回 =	円																												
	訪問施術料 2		円 ×	回 =	円																												
	訪問施術料 3 (3人~9人)		円 ×	回 =	円																												
	訪問施術料 3 (10人以上)		円 ×	回 =	円																												
	電療料(加算/ 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)		円 ×	回 =	円																												
特別地域(加算)		円 ×	回 =	円																													
往療料		円 ×	回 =	円																													
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)		円 ×	回 =	円																													
上記費用金額の合計金額					円																												
施術日	訪問1①	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	
通所	訪問2②																																
往療	訪問3③																																
* 往療又は訪問の理由(1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他())																																	
同意記録	同意医師氏名	同意医師の住所		同意年月日	傷病名	要加療期間																											
				年 月 日		~																											
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. 出張専門施術者所在地																												
	令和 年 月 日	住所																															
	免許登録番号		はり師	氏名	Ⓡ																												
	免許登録番号		きゆう師	電話																													

被保険者記入欄	振込先銀行名 (被保険者名義のみ。 被扶養者名義不可)	銀行	支店	口座 番号	名義
	上記の通り申請致します。				受付日付印
	〒	住所	令和 年 月 日	電話	
	被保険者の氏名				
	大和ハウス工業健康保険組合理事長殿				