

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 家族療養費
	番号		
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(平成・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)	被保険者証	記号 番号	療養を受けた者の氏名	続柄	生年月日 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日 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	
	2回目以降の施術料	はり	円 ×	回 =	円	
		きゆう	円 ×	回 =	円	
	電療料 1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具	はり・きゆう併用	円 ×	回 =	円	
			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 (前回支給: 年 月分)				円 ×	回 = 円	
上記費用金額の合計金額					円	
施術日	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 * 通院した日には○、往療施術の日は◎を記載下さい。					
医師の同意	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。 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)	【ゆうちょ銀行不可】 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					