| 伺い年月日 | | 年　月　日 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 資格 | 取得 | 年　月　日 | 被扶養者資格 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 課長代理 | 係長 | 担当者 |
| | 喪失 | 年　月　日 | 有・無 | | | | | | |
| 該当条文 | | 法第８７条・法第１１０条 | | | | | | | |

| 支給決議書 | ○ 算出基礎 | | | 支給額 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 種別 | 費用の額 | 決定点数 | 法定給付 | | | | | | | |
| | | | | 付加給付 | | | | | | | |
| | 一部不支給 | 期間 | 年　月　日 ～ 年　月　日 | 回数 | 回 | 理由 | | | | | |

# 健康保険（被保険者・家族）療養費支給申請書（　　年　　月分）（はり・きゅう用）

| 被保険者欄 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者等記号・番号 | ・ | 事業所名称 | | |
| 被保険者氏名 | （フリガナ） | 傷病名（医師の同意を受けた傷病名） | | |
| 生年月日 | 昭・平・令　年　月　日生 | | | |
| 被保険者住所 | 郵便番号　－ | | | |
| 療養が被扶養者に関するとき | 被扶養者氏名 | 生年月日 | 昭・平・令　年　月　日生 | 被保険者との続柄 |
| 発病の原因及びその経過 | | | | |
| 業務上・外、第三者行為の有無 | １．業務上　２．第三者行為である　３．その他 | 発病又は負傷年月日 | 年　月　日 | |

| 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 | |
| 傷病名 | １．神経痛　２．リウマチ　３．頚腕症候群　４．五十肩<br>５．腰痛症　６．頚椎捻挫後遺症　７．その他（　　） | | | 転帰 | |
| | | | | 継続・治癒・中止・転医 | |
| 初検料 | １．はり　２．きゅう　３．はり・きゅう併用 | 円 | | 摘要 | |
| 施術料 | １．はり | 円×　回＝　円 | | | |
| | ２．きゅう | 円×　回＝　円 | | | |
| | ３．はり・きゅう併用 | 円×　回＝　円 | | | |
| 電療料 | １．電気針　２．電気温灸器　３．電気光線器具 | 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 | | | |
| 合計 | | 円 | | | |
| 施術日<br>通院○<br>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。<br>年　月　日 | 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 |
| 免許登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿ はり師 | 所在地 | |
| 免許登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿ きゅう師 | 施術所名 | |
| | 施術管理者名　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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 年　月　日 | | |

| 申請欄 | |
|---|---|
| 上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。<br>年　月　日 | 〒 |
| 静岡県信用金庫健康保険組合理事長　殿　申請者（被保険者） | 住所 |
| | 氏名　電話 |

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をされる場合は備考欄にご記入ください。
マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認書類をするための添付書類が必要です。
※記号番号を記入した場合は添付書類は不要です。

備考