

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|--------------|-----------------|--------|----|------|-----|------|------|-----|-----|--|--|
| 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 | | | | | | | | | | | |
| 支出決議書 | 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・被扶養者)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) | 男 ・ 女 | | | 療養を受けた者の氏名 | (フリガナ) | | | 男 ・ 女 | | | 統柄 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 昭・平・令 年 月 日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ○発病又は負傷年月日 年 月 日 | | | | | | ○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過 | | | | | | ○施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 初療年月日 年 月 日 | | 施術期間 自 年 月 日～至 年 月 日 | | | | | | 実日数 日 | 請求区分 新規・継続 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 傷病名 1. 神経痛 5. 腰痛症 | | 2. リウマチ | | 3. 頸腕症候群 | | 4. 五十肩 | | 転帰 継続・治癒・中止・転医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6. 頸椎捻挫後遺症 | | 7. その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術内容欄 | 初検料(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用) | | | | | | 円 | 摘要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | はり・きゅう | | | 施術の種類 | | | 1術 回 | 2術 回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | 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 |
| ○往療又は訪問の理由(1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難 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()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. 出張専門施術者住所地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 年 月 日 | | | | | | 施術所 | | 〒 — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 登録記号番号 | | | | | | 所在地 | | 名 称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 施術管理者 | | 氏 名 | | 電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | 〒 — | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 年 月 日 | | | | | | 申請者 (被保険者) | | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 静岡県信用金庫健康保険組合 殿 | | | | | | 氏名 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |