

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)			療 養 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)																		続 柄										
		男 ・ 女				男 ・ 女																												
		昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日生				昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日生																												
	○発病又は負傷年月日				○業務上・外、第三者行為の有無																													
	年 月 日				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)																					
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. 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 ・ 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	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
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())																																		
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												〒 —																					
	登録記号番号												所在地				氏 名 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 住所 (被保険者)				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																					