

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

注意事項

◎◎◎◎◎
 ◎二重線内(施術内容欄)および「施術証明欄」は、施術管理者へ記入を依頼して下さい。
 ◎該当する場合は添付 □医師の同意書(原本) □施術報告書(写) □往療状況確認表 □一年以上・月十六回以上施術継続理由・状態記入書
 ◎「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。
 ◎「同意記録」は、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づき支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入して下さい。

被 保 険 者 欄	○被保険者証の記号番号	○発病又は負傷年月日	○傷病名(医師の同意を受けた傷病名)
	-		
	○発症又は負傷の減員及びその経過	続柄	○業務上・外、第三者行為の有無
○業務上・外、第三者行為の有無	1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他	1.業務上 2.第三者行為である 3.その他	
○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		

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.頰腕症候群 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		摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名
施 術 内 容 欄	は り	円× 回= 円	施 術 日
	き ゃ う	円× 回= 円	※往療を必要とした場合に記入
	はり・きゅう併用	円× 回= 円	往 療 日
	電 療 料	円× 回= 円	往療を必要とした理由
	1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具		{ }
	往 療 料 4 km まで	円× 回= 円	
	往 療 料 4 km 超	円× 回= 円	
	施 術 報 告 書 交 付 料	円× 回= 円	
	前 回 支 給 : 年 月 分	円× 回= 円	
	費 用 額 計	円	
施 術 日 通院○ 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。		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	所在地 施術所名 施術管理者名	
	はり師免許登録番号 _____		
	きゅう師免許登録番号 _____		

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。 日本ペイント健康保険組合理事長 殿 住所 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
委 任 状	上記請求金額の受領を _____ に委任する。 年 月 日 被保険者氏名			
領 収 書	上記請求金額正に領収いたしました。 年 月 日 被保険者氏名			
振込希望銀行名	銀行	支店 普通・当座	口座番号()	口座氏名

※押印を省略する場合、事業主が以下の内容を確認し、確認欄にチェックして下さい。

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
<input type="checkbox"/>	

日本ペイント健康保険組合