

支給決議書	支給額	円	資格取得年月日	年	月	日
	期間	年	月	日	から	日間
	備考	年	月	日	まで	

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書 (はり・きゅう)

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	記号	② 被保険者の氏名			
	③ 被保険者の住所	〒				
	④ 日中連絡の取れる電話番号	自宅	勤務先			
	⑤ 被保険者が勤務している会社名					
	⑥ 発病または負傷の原因及び経過について			⑦ 施術した場所 (保険証住所と異なる場合に記載)		
	⑧ 診療の期間	令和	年	月	日	から
		令和	年	月	日	まで
	⑨ 診療に要した費用の額	円				
	⑩ 被扶養者に関する申請のときはその者の	(a)氏名	(b)生年月日	(c)続柄		
	⑪ 振込希望口座	銀行	普通	フリガナ		
		支店	当座	名義人氏名		
	⑫ 委任状	私は を代理人と定め、上記のとおり申請した療養費の受領方を委任します。 被保険者住所 被保険者氏名				

注意事項

5 4 3 2 1
初 暦 は 住 施
診 月 り 療 術
時 ご ・ き が必要に発行される領収書（原本）をすべて添付してください。
に と き う となつた時は、その理由を摘要欄に記入してください。
請 受 診 師 記入欄は、医師の同意書（原本）を添付してください。
求 者 者 につき1枚、この申請書に記入してください。
さ れ る ごと につ 医師の同意書（原本）を添付してください。

はり・きゅう師が証明をするところ	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 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																				
	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	円 × 回 = 円										円																			
		通所	円 × 回 = 円										円																			
		訪問施術料 1	円 × 回 = 円										円																			
		訪問施術料 2	円 × 回 = 円										円																			
		訪問施術料 3(3人～9人)	円 × 回 = 円										円																			
		訪問施術料 3(10人以上)	円 × 回 = 円										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										円																			
	特別地域(加算)	円 × 回 = 円										円																				
	往療料	円 × 回 = 円										円																				
	施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)	円 × 回 = 円										円																				
	合 計	円										円																				
	施術日:通院○・往療◎	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
訪問1 ① 訪問2 ② 訪問3 ③																																
施術証明書	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 年 月 日																															
同意記録	はり・きゅう師	住 所										電話番号																				
	氏 名																															
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																				