

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 年 月 日 まで	日間	資格取得年月日	年	月 日
	備考					

被保険者 療養費支給申請書 (はり・きゅう)
被扶養者

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 100 番号 12345	② 被保険者の氏名・押印	健保 太郎		
	③ 被保険者の住所	〒 000 - 0000 〇 〇 県 〇 〇 市 〇 〇 町 1-1				
	④ 日中連絡の取れる電話番号	自宅 000-000-0000	勤務先	111-111-1111		
	⑤ 被保険者が勤務している会社名	〇〇〇〇株式会社〇〇支店				
	⑥ 発病または負傷の原因及び経過について	頰腕症候群		⑦ 施術した場所 (保険証住所地と異なる場合に記載) 入居施設		
	⑧ 診療の期間	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 まで	〇〇 日間	診療に要した費用の額	〇〇〇〇 円	
	⑩ 被扶養者に関する申請のときはその者の	(a)氏名 健保 花子	(b)生年月日 昭(平)令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	(c)続柄	妻	
	⑪ 振込希望口座	〇 〇 銀行 普通 〇 〇 支店 当座	000000	フリガナ 名義人氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎	
	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 往 施 1
診 月 は り 術 時
時 と き が 必 要 に 発 行
に き ゃ う と な っ た
請 ・ 受 診 師 入 領
求 さ れ る 診 師 入 時
さ れ る 診 師 入 欄
る 時 候 づ け は 領
は づ け づ け 収 書
は づ け づ け (原 本)
「 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.頰腕症候群 4.五十肩 5.腰痛症 6.頰椎捻挫後遺症 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																								
	施術内容	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: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	同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間																											