

記入例

被保険者
家族

療養費

支給申請書(はり・きゅう用)

被保険者欄	記号	番号	(フリガナ)	ケンボ	タロウ
	被保険者証の (左づめ)	1 2	1 2 3 4 5 6	氏名	健保 太郎
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	電話番号 (日中の連絡先)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯	080 (1234) 〇〇〇〇 ()
会社名 事業所 所属	〇〇〇〇〇株式会社 〇〇営業所 〇〇G				※退職者の方は住所をご記入ください。

申請内容	療養を受けた方	氏名	(フリガナ) ケンボ ハナコ	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	被保険者との続柄	妻
	発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	傷病名	頸腕症候群	発病または 負傷の原因	不明	
	傷病の事由	<input type="checkbox"/> 1. 業務上 <input type="checkbox"/> 2. 通勤途上 <input type="checkbox"/> 3. 交通事故など第三者による行為 <input checked="" type="checkbox"/> 1.2.3.以外の事由					

施術者記入欄	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	② 継続 治療・中止・転医		
	初療年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	施術期間	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 から <input checked="" type="checkbox"/> 令和 0 1 0 5 3 1 まで	実日数	4 日
	施術日 通院○ 往療○	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	元 年 5 月	1 2 3 4 5 ⑥ 7 8 9 10 11 12 ⑬ 14 15 16 17 18 19 20 ⑰ 21 22 23 24 25 26 27 28 29 ⑳ 30 31		
	初検料	1はり 2きゅう ③はり・きゅう併用	1,660 円	摘 要		
	施術料	はり きゅう はり・きゅう併用 電療料 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具	円× 回= 円× 回= 1,520 円× 4 回= 6,080 円 30 円× 4 回= 120 円	*往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入ください。		
	往療料	4kmまで	円× 回= 円			
	往療料	4km超	円× 回= 円			
費用合計		7,860 円	施術報告書交付料(前回支給: 年 月) 円 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。			
令和 元 年 5 月 30 日	保健所登録区分	① 施術所所在地	2. 出張専門施術所者住所地			
免許登録番号 40002530135	はり師 きゅう師	住所 福岡市〇〇区△△2-3-5				
免許登録番号 40046615335	氏名 福沢 一郎	TEL 092 (761) 3333				

同意記録欄	※2回目以降の請求については、下記事項を記入ください。(初療の日から6か月を過ぎ、さらに施術を受けるときは、医師の同意書を添付してください。)				
	同意医師の氏名	所在地	同意年月日	傷病名	要加療期間
			<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		

〔備考〕

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認のため添付書類が必要です)

受付日付印