

療養費支給申請書(はり・きゅう)

きんでん健康保険組合理事長 殿

請求年月日	年	月	日
-------	---	---	---

被保険者記入欄	被保険者証の	記号 番号	氏名	(年 月 日生)	(印)	
	療養を受けた者	(年 月 日生)	住所	〒		
	所属	(会社名)	(室・部・支店(社))	(課・所)		
	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()		発病または 負傷年月日	年 月 日	
	発病又は負傷の原因			施術(手当)を受けた期間	年 月 日から 内実日数 年 月 日まで 日間	
	業務上もしくは通勤途上での傷病ですか?	() はい () いいえ	第三者による傷病ですか? (交通事故や喧嘩等)	() はい () いいえ	→(はい)の場合は「第三者行為による傷病届」を提出すること	
	委任状	事業主を代理人として、健康保険組合より支給される 療養費 の受領を委任します。 年 月 日 被保険者氏名 (印)				
	請求が退職後または任意継続特例退職被保険者の場合	支払希望の銀行名	銀行	支店	普通 No.	
施術者記入欄	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()			転記	
	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	円 × 回 =	円		
		きゅう	円 × 回 =	円		
		はり・きゅう併用	円 × 回 =	円		
		電療料 (電気針 電気温灸器 電気光線器具)	円 × 回 =	円		
		往療料 4kmまで	円 × 回 =	円		
		往療料 4km超	円 × 回 =	円		
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円 × 回 =	円			
	費用額計			円		
施術日	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 通院=○ 往療=◎					
施術者証明欄	上記のとおり 施術を行い、その費用を領収しました。 年 月 日 住所 〒 免許登録番号 はり師 電話番号 免許登録番号 きゅう師 氏名 (印)					
同意記録	同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間	
組合処理	支給決定額	常務理事	事務長	係	係	資格照合
	円					
	資格取得日	年 月 日	備考			
	資格喪失日	年 月 日				

* 初診時 医師の同意書の交付を受け 添付すること。 * 6ヶ月を超えて施術を受ける場合、6ヶ月ごとに医師の同意書を添付すること。

被保険者のマイナンバー記載欄 (記号・番号を記入した場合は記入不要)	
---------------------------------------	--