

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過											
	年 月 日				年 月 日															
	(フリガナ)				続 柄				○業務上・外、第三者行為の有無											
	療養を受けた者の氏名				男・女				(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())											
明・大・昭・平・令 年 月 日生								○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)												
施 術 内 容 欄	初療年月日				施術期間				実日数				請求区分							
	() 年 月 日				自・令和 年 月 日～至・令和 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				転 帰											
					5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()				継続・治癒・中止・転医											
	初検料								摘 要											
	1はり 2きゅう 3はりきゅう併用				円															
	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								
費用額計				円																
施術日 訪問1①				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																
通所② 訪問2②																				
往療③ 訪問3③																				
○往療又は訪問の理由 (1. 徒歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 3. その他 ())																				
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											
	令和 年 月 日				〒 -															
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。				〒 -															
	令和 年 月 日				申請者 住所				氏名 電話											
支 払 機 関 欄	支払区分				預金の種類				金融機関名				銀行 本店							
	1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払				1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段								金庫 支店 農協 出張所							
口座名義 カタカナで記入				口座番号								郵便局								
同 意 記 録	同意医師の氏名				住 所				同意年月日				傷 病 名							
									令和 年 月 日											
本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。												令和 年 月 日								
申請者 住所				(被保険者) 氏名																
代理人 住所				氏名																

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に記入してください。
問合わせ先 帝国ホテル健康保険組合 TEL. 03-3591-8959