

療養費支給申請書(令和 年 月分)[はり・きゅう用]

| | | | | | | |
|------------------|---------------------------|-------------|---------------------------------------|-----------------|-------------------|--|
| 受 療 者 欄 | 被保険者証の記号・番号 | | 発病又は負傷年月日 | | 傷病名(医師の同意を受けた傷病名) | |
| | — | | 昭・平・令 年 月 日 | | | |
| | 施 術 を 受 け た 者 の 氏 名 | (フリガナ) | 続 柄 | 発症又は負傷の原因及びその経過 | | |
| | | 男 ・ 女 | | | | |
| | 昭・平・令 年 月 日生 | | 業務上・外、第三者行為の有無 1.業務上 2.第三者行為 3.その他 | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|----------|-----------------------|-------|-----|---|-------|--|--|
| 施 術 内 容 欄 | 初療年月日 | | 施術期間 | | 実日数 | | 請求区分 | | |
| | 昭・平・令 年 月 日 | | 自 令 年 月 日～至 令 年 月 日 | | 日 | | 新規・継続 | | |
| | 傷病名 1.神経痛(部位:) 2.リウマチ 3.頸腕症候群(部位:) 4.五十肩 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他() | | | | | | | | |
| | 継続・治療・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 | | |
| | 内 料 | はり | | 円× 回＝ | | 円 | | | |
| | | きゅう | | 円× 回＝ | | 円 | | | |
| | | はり・きゅう併用 | | 円× 回＝ | | 円 | | | |
| | | 電療料 | | | | | | | |
| | 1電気針 2電気温灸器 3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 | | | |
| 合 計 | | | | | | 円 | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 施術日 | 通院○ | 往療◎ | 月 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--|--|---------|--|-----------------------|--|
| 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 | | | 所在地 | | | |
| | 免許登録番号 _____ はり師 | | | 施術所名 | | | |
| | 免許登録番号 _____ きゅう師 | | | 施術管理者名 | | 電話 () | |

| | | | | | | | | | | |
|------------------|---------|--|-----|--|----------|--|-----|--|-------|--|
| 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 | |
| | | | | | 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 | | | | | | | | | |
| | 被保険者 住所 西日本パッケージング健康保険組合 様 (申請者) 氏名 | | | | | 電話 () | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|------------------|--------|--|--------|--|--------------------|--|------|--|--------|--|
| 振 込 口 座 | 金融機関名 | | 支店名 | | 預金種別 | | 口座番号 | | 口座名義 | |
| | (フリガナ) | | (フリガナ) | | 普通 当座 その他() | | | | (フリガナ) | |

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(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。ただし、代理人は被保険者(申請者)の被扶養者に限ります。

| | | | | | | | | | | |
|--------------|-----------------------------|--|--|--|--------|--------|--|--|--|--|
| 委 任 欄 | 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 | | | | | | | | | |
| | 被保険者(申請者)との関係 () | | | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | | | 住所 | | | | |
| | 住所 | | | | | 電話 () | | | | |
| 被保険者(申請者) 氏名 | | | | | 代理人 氏名 | | | | | |

| | | |
|---|------|--|
| 被保険者の個人番号記載欄 (被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です) | 個人番号 | |
|---|------|--|

受付年月日

- ◎ 添付書類
1. 領収書(全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるもの)
 2. 同意書(初回、再同意(6か月毎))
 3. 施術報告書の写し(該当する場合のみ)
 4. 往療状況確認表(該当する場合のみ)
 5. 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(該当する場合のみ)