

被保険者 療養費支給申請書 (はり・きゅう用)
被扶養者

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---------------------------------|---|-------------------------|-------|-----------------|----|-------------|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 被保険者証 記号・番号 | 記号 | 番号 | 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 事業所(会社)名称 | | | | 所属・電話 | (TEL :) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受療者氏名 | | 続柄 | 生年月日 | 昭和 平成・令和 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 傷病名 | | | | 発病又は 負傷年月日 | 昭和 平成・令和 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 発病又は負傷の 原因及び経過 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 施術の期間 (申請期間:月単位) | 平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで | 日間 | 施術に要した費用の額 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 第三者行為に よる傷病ですか | <input type="checkbox"/> はい⇒「第三者による傷害届」を提出 <input type="checkbox"/> いいえ | | 業務上又は通勤途上 での傷病ですか | <input type="checkbox"/> はい⇒申請できません <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 上記のとおり書類一式をそろえて請求いたします。 令和 年 月 日 沖電気工業健康保険組合理事長 殿 | | | | 振 込 先 | 金融機関名 | 預金種別 | 普通 当座 その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 住所 氏名 | | | | 銀行 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 支店 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 口座名義 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施 術 者 (は り ・ き ゅ う 師) 記 入 欄 | 初療年月日 | 平成・令和 年 月 日 | 施術期間 | 自・平成・令和 年 月 日～ 至・平成・令和 年 月 日 | 実日数 | 日 | 請求区分 | 新規・継続 | 転帰 | 継続・治癒・中止・転医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 傷病名 | 1.神経痛(部位:) 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 初検料 | 1.はり 2.きゅう 3.はり・きゅう併用 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 施術料 | はり | 円× 回= | 円 | | | | | | | 摘 要 <往療が必要な理由> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 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 | 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 | | | | 住所(所在地) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | はり師 免許登録番号 _____ | | | | 氏 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| きゅう師 免許登録番号 _____ | | | | 電 話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 同 意 記 録 | 同意医師の氏名 | 住 所 | | 初診同意年 月日 | 再同意年月日 | 傷病名 | 要加療期間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 前回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 今回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

支給決定伺(健保記載欄)

| | | | | |
|----------------------------|------|-----|----|----|
| 支給額 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 担当 |
| A+B 円 | | | | |
| A 円× / 10 = 円 | | | | |
| B (円× / 10) - 25,000 = 円 | | | | |