

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者等の記号番号		○発病または負傷年月日 年 月 日		○傷病名、発症または負傷の原因及びその経過																												
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	男・女	続柄	○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())																												
		○施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)																															
		昭・平・令 年 月 日生																															
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間 自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		実日数	請求区分 新規・継続																											
	() 年 月 日				日	転帰 継続・治癒・中止・転医																											
	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()																														
	初検料 (1.はり 2.きゅう 3.はりきゅう併用)				摘要																												
	施 術 料	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																														
合計		円																															
一部負担金(1割・2割・3割)		円×		円																													
請求額		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	訪問2②																																
往療	訪問3③																																
○往療又は訪問の理由(1.独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2.認知症な聴覚、内部、精神障害などにより独歩に外出困難 3.その他())																																	
施 術 証 明 書	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.出張専門施術者所在地																												
	年 月 日		〒 -																														
	登録記号番号		施術所 所在地 名称		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																							
被 保 険 者 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。		年 月 日		〒 -																												
	東京スター銀行健康保険組合 殿		申請者 (被保険者) 住所 氏名		電話																												
	給付金の振込先 (東京スター銀行オレンジ支店は登録不可)		銀行		本店・支店・出張所		店番		普通																								
	口座番号		口座名義 ※カタカナ																														
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		令和 年 月 日																															
申請者 住所 (被保険者) 氏名		代理人 住所 氏名																															
		受領印																															
				常務理事		事務長		担当者																									