

支給決議書			支給額		円
常務理事	事務長	係	支給内訳	<input type="checkbox"/> 療養費 <input type="checkbox"/> 家族療養費	円
				<input type="checkbox"/> 一部負担還元金 <input type="checkbox"/> 家族療養付加金	円
資格取得	昭和・平成 年 月 日		支給期間	平成 年 月 日	日間
資格喪失	平成 年 月 日			平成 年 月 日	
計算式					

上記は記入しないでください。

被保険者

被扶養者

療養費支給申請書 (はり・きゅう用) (平成 XX 年 X 月分)

平成 XX 年 X 月 X 日請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、個人情報の第三者提供に同意します。

日本無線健康保険組合 常務理事 殿

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 1010	請求者の 氏名と印 健保 太郎	(印)
		番号 99999		
	委任状	私は、事業主を代理人と定め、請求した療養費の受領に関し、事業主に委任します。		
	被保険者の住所	〒 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ 〇〇県〇〇市〇〇町 1-2-3		
	会社名および所属	〇〇〇〇株式会社		〇〇 部 〇〇 課
	申請が被扶養者 に関するとき	被扶養者氏名	生 年 月 日	続 柄
	傷 病 名	頸腕症候群	発病または負傷日	平成 XX 年 X 月 X 日
	発病負傷の原因	不明		
	第三者行為による ものですか	<input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい (別紙届出必要)		
	傷 病 の 経 過	痛み、こり、しびれなどが続いている		
施 術 を 受 け た 期 間	自 平成 XX 年 X 月 X 日 至 平成 XX 年 X 月 X 日	3 日間	施術に要した 費用の額	6,230 円

施術者記入欄

施術 内容 欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	
	平成XX年X月X日	自：平成XX年X月X日～至：平成XX年X月X日		3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 ()				転帰	
	初検料 ①. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用				1,610 円	
	施 術 料	はり		1,540 円 × 3 回 = 4,620 円		摘 要
		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				6,230 円		
施術日	通院○ 往療◎	X 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 ⑳ 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。		住所(所在地) 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町 123-4			
	免許登録番号 〇〇〇〇〇〇 (はり師)		施術所名 〇〇鍼灸院			
	免許登録番号 〇〇〇〇〇〇 (きゅう師)		氏名 鍼灸 太郎 ⑩			
			電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
医 師 の 同 意 記 録	同意医師の氏名		同意医師の住所(医療機関名)		同意年月日	
	医師 花子 先生		〇〇県〇〇市〇〇町 999 〇〇〇〇病院		平成XX年X月X日	
	傷病名		要加療期間	同意書有効期限	摘 要	
	頸腕症候群		3ヵ月	平成XX年X月X日		

領収書および医師の同意書をつけて申請してください。
同意書は6ヵ月毎に提出してください。