

療養費支給申請書

(年 月 分)

(はり・きゅう用)

被保険者等記号・番号		発病又は負傷年月日		○傷病名																													
—		年 月 日																															
療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄		○発病又は負傷の原因及びその経過																													
	男 女			○業務上・外、第三者行為の有無																													
生年月日	昭・平・令 年 月 日			1.業務上 2.第三者行為である 3.その他																													
施 術 内 容 欄	初療年月日	今回施術期間		施術実日数	請求区分																												
	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 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 継続・治癒・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																											
	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	健康保険組合使用欄																												
一部負担金(1割・2割・3割)				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. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 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	住所																															
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		〒 — 住所																												
	総合警備保障健康保険組合 殿		申請者 (被保険者) 氏名																														
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																								
									月 日から 月 日から																								

●この申請による給付金を事業主経由で給与口座へ支給するため、次の申請者欄にご記入ください。

申請者	私はこの給付金の受領を下記代理人に委任します。		令和 年 月 日
	住所	氏名	
代理人	住所	氏名	
	氏名		
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 ※☑を入れた場合は、申請前に健康保険組合までご連絡ください。			

受付印