

療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号			○発病又は負傷年月日			○傷病名（医師の同意を受けた傷病名）					
	—			年 月 日								
	(7カガナ)			続 柄			○発症又は負傷の原因及びその経過					
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名			男・女			1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()					
昭・平・令 年 月 日生						○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である 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		
	年 月 日			自・ 年 月 日～至・ 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 ※施術管理者が施した場合は記入 施術者氏名		
	施 術 料			円× 回＝			円			施術日 . . . 日		
	きゅう			円× 回＝			円					
	はり・きゅう併用			円× 回＝			円					
	電療料			円× 回＝			円			※往療を必要とした場合に記入		
	1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具			円× 回＝			円			往療日 . . . 日		
	往 療 料 4 km まで			円× 回＝			円			往療を必要とした理由		
	往 療 料 4 km 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			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。 年 月 日			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					
	はり師免許登録番号			所在地			施術所名					
	きゅう師免許登録番号			施術管理者名			電話					

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 年 月 日											
	酒フーズ健康保険組合理事長 殿						被保険者 住 所 (請求者) 氏 名 電話					

支 払 機 関 欄	金融機関名			銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所			預金の種類 1. 普通 2. 当座					
	口 座 番 号			口 座 名 義 カタカナで記入								

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		
							年 月 日								

<記入にあたっての注意事項>

- ・ 申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・ 二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・ 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・ 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

<その他添付書類（該当する場合）>

□医師の同意書（原本） □施術報告書（写し）

問い合わせ先

酒フーズ健康保険組合 給付課

TEL.03-3552-4005

2021年4月版