□被保険者 □被扶養者

療養費支給申請書(はり・きゅう用)

※請求の時効は2年です ※治療内容の確認の為、支払いに 半年ほどかかる場合があります 口长华八八 h:

									-																						+	and the latest devices in the latest devices	THE RESERVE AND PARTY AND PERSONS ASSESSMENT	NE V	刊刀刀
			被保険	者証	記	号	一番,	를					被任	呆隊	食者	氏名	(極を	全て	確認	の」	亡、請	求し	ます	-)				連		絡		先		
	10 — 0000000											日清 健太 ®										宅						000-0	_						
													SCITORIA.	SE ISSUES S	250,000	••					£-£-			動	務分		مواب		3-0	0000	000-0	0			
	所属																	照		会		等		の		同		意							
被	受療者氏名											0	私は、本療養費の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、医療機関等の関係機関、又は他の関係する保険者等に必要な情報を提示すること及び照会することに同意します。また、この請求書の写しも有効であることに同意します。																						
保険			ı	3清	花	于	_						. 4	令禾				年		,	月		日	被	保険者	 氏名	各		E	3 津	ŧ	健	太		Ø
者記			受	療	者	住	所						続柄		年齢	台			/	生	年	月	E]				発	色 狙	定。	負	傷	年月	日	
入											妻		45		D7 .	3.平			年		月			В		平•숙			年		月		B		
欄	東京都中央区日本橋〇一〇一〇											女		40																				Н	
	傷 病 名															傷	病	の原	因原	及	び・	その	経	過を	詳	しく	くご言	2 /	入く	だ	さい	,			
	腰痛症												(いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)																						
	第三者行為又は業務上による傷病ですか?												医療助成受給者ですか?								施	施術に要した費用													
	口はい		申請前	に健保	組合	まっ	でお昆	引V`					□はい ⇒ □子ども医療 □障がい者医療□いいえ □ひとり親家庭等医療 □その他※月単位(1日										~ J	月末	まて	の合語	十金								
	□ \(\bu\);	Ź						-		くださ	10,	L		11	た		<u></u> □₹	入とり	親多			療	レそ	- <i>0</i>	他										円
		初	療	年	月		日									施		術	ŕ	其	月		間						600	美	日	数	請	^{找区}	分
		平•令	ź	丰	月		日			自	令	和]	年		月		E	1	~	至	令	和		年	月		日				日	新規	見・糸	迷続
	傷病																	名							100						車	5 帰			
	□神経痛 □リウマチ □頚腕症候 □腰痛症 □頸椎捻挫後遺症													群				十月の他								,)			継糸	売・	治癒	∮・中1	Ŀ• 	転医
	初検料 □はり □きゅう □はり・きゅう併用																											円				指	可要		
											施術	の種類			1術				口				2術				[司							
			通所																円>	< -			巨]=			円								
施			訪問施	6術料	1															円>	<			口]=			円							
術内			訪問施		2															円>	<]=			円							
容	施術料		訪問施	術料	3 ((3 <i>)</i>	~9	人))											円>	<			<u></u>]=			円							
証			訪問施術料 3(10人以上)										円:						円>	<			口	 回=			円								
明欄		電頻	 译料 (カ	□算/□	電気針	H []電気/	显灸	器 [コ電気	5.光線	器具	Į)			-				円 >	<]=			円							
_		特	別地	域 (加	算)														円>	<]=			円							
施術	往療 往 療 料																		円>	<			口]=			円								
者	· 報告書 施術報告書交付料(前回支給: 年 月 日)										ョ) 円×						<	回=			円														
記入	合計		1 7 7																									円							
	施術日			1	2	3	4	5	6	7	8		9 10	1	1	12	13	14	15	16	17	18	19	2	0 21	22	2 2	3 24	2	5 :	26	27	28 2	9 3	30 3
	通所○ 往寮◎	訪問20 訪問30	3 月																																
	◎往診又			□徒歩	による	5公ま		機関	目を信	もって	の外	出区	Ⅰ難 □	認知	印症	や視	覚、	内部、	精神	障害	など	により)徒歩	によ)	
	上記	の通り	施術を	イイン・	70) 費	用を行	数山	VI.3	ましょ	L_									保健	師	登録	区分	}	1.	施计	所	所在:	地	2.L	出張	専月]施術	者所	在地

【提出方法】 本人記入 → 施術所記入 → 本人 → 健保

日

【添付書類】

年 月

免許登録番号

免許登録番号

令和

はり師

記録

きゅう師

月

Ħ

同意年月日

年

令 和

・施術報告書(写し)※3

要加療期間

® 電話

傷病名

・医師の同意書(原本もしくは写し)※1※2 ・施術に要した費用の領収書(原本) ・施術報告書
※1 初療、および、6カ月を超えて引き続き申請する場合は、医師の診察を受けた上で交付された「医師の同意書」(原本)を添付
※2 継続して申請される場合、2回目以降の申請時は、「医師の同意書」(写し)を添付(有効期限6ヶ月)
※3 施術報告書交付料の申請がある場合のみ、施術者より記入をうけた「施術報告書(写し)」を添付 【注意事項】

所 在 地 施術所名

氏

同意医師の住所

	支	給		į	額				支	2 給	決	譲	善書		決定	令和	年	月	В
					-		常務	孫理事	事	務長			給 付	支 出	// / /	13.114	'		
	令和	年	月	<u> </u>	-										支払	令和	年	月	日
支給期間	13-114		/,			日間	資	格 耶	得	<u> </u>	令 :	Ŧ	月	日					
州川	令和	年	月	日			資	格 喪	失	令和	1 年		月	В					202