

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																						
	年 月 日				年 月 日																										
	(フリガナ)				続 柄				○発症又は負傷の原因及びその経過																						
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名				男・女				○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・令和 年 月 日～至・令和 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																				
	初 検 料								円		摘 要																				
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用																														
	はり				円× 回=				円																						
	きゅう				円× 回=				円																						
	はり・きゅう併用				円× 回=				円																						
	電療料				円× 回=				円																						
	1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具																														
往 療 料				4 km まで				円× 回=		円																					
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																					
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。				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																										
	免許登録番号 _____ はり師				氏 名				Ⓜ																						
	免許登録番号 _____ きゅう師				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。																														
	令和 年 月 日				〒 _____				住 所																						
	長瀬産業健康保険組合 殿				申請者 (被保険者)				氏 名																						
									電 話																						
同 意 記 録	同意医師 の 氏名																														
	同意医師 の 医院住所																														
	同 意 年 月 日																														
	負 傷 名																														
	要 加 療 期 間																														