健康保険　被保険者・家族　療養費支給申請書（令和　　年　　月分）　（はり・きゅう）

被保険者欄

被保険者証の記号番号	－	被保険者資格取得日	平成 令和	年	月	日	被保険者資格喪失日	平成 令和	年	月	日
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ						被保険者住所及び電話番号	〒			
生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日							電話　　（　　）			
所属部署及び電話								電話　　（　　）			
施術を受けた者の氏名					続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
発病又は負傷年月日	平成 令和	年	月	日	医師が同意した傷病名		業務上・外 第三者行為の有無	1．業務上である 2．第三者行為である 3．上記にあてはまらない			
発病又は負傷の原因及びその経過							医師の同意年月日	令和	年	月	日
同意医師の氏名		住所					要加療期間				

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
令和　　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 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
施術料	はり	円 × 回 ＝ 円	
	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	
往療料	4Km超	円 × 回 ＝ 円	
施術報告書交付料(前回支給　　年　　月分)		円 × 回 ＝ 円	
費用額合計		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。

令和　　年　　月　　日

はり師免許登録番号

きゅう師免許登録番号

保健所登録区分	1.施術所所在地　2.出張専門施術者所在地
所在地	
施術所名	
施術者名	電話

＜記入にあたっての注意事項＞
二重線枠内(「施術内容欄」及び「施術証明欄」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。
ただし、別途、施術管理者が同様の書式の書類を作成したものを添付する場合は、二重線枠内への記入は不要です。

＜添付が必要な書類＞
□医師の同意書原本(初療または再同意時は原本必須、有効期限内は写し可)
□施術報告書(写し)　□領収書(原本)

令和　　年　　月　　日 提出

受付日付印

支払金融機関

銀行 信用金庫 信用組合					本店 支店						
支店番号			預金種別	口座番号(右づめ)							
			普通・当座								
口座名義(カタカナ)											

※原則として給与振り込み口座へのお振込みとなります。

・1か月以内に給与口座を変更した方
・資格を喪失した方
のみ、支払金融機関をご記入下さい。

マルハン健康保険組合