

健康保険 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書

(年 月施術分) (はり・きゅう用)

巴川コーポレーション健康保険組合 殿 ※ 本人自筆の場合は押印は不要です

	常務理事	事務長	係

本人
6 歳 未 満
家 族
高 齢 9・8
高 齢 7

被保険者記号・番号		-		事業所名称															
被保険者氏名		※ 自筆署名の場合 押印不要		被保険者住所															
療養を 受けた 者の 氏 名	(フリガナ)			続 柄		傷病名													
	1.男					発病または 負傷年月日													
	2.女					年 月 日													
	昭和・平成 年 月 日 生					発症または負傷の原因およびその経過													
業務上の負傷ですか		は い ・ い い え		第三者の行為（交通事故等）によるものですか		は い ・ い い え													
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								転 帰										
	5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. () 付記 ()								継続・治癒・中止・転医										
	初	1. はり 2. はり (電気鍼併用) 3. きゅう 4. きゅう (電気温灸器併用)								摘要 往療を必要とした理由 施術に関する特記事項など									
	回	5. はり、きゅう併用 6. はり、きゅう併用 (電気鍼・電気温灸器併用) 円																	
	2 回 目 以 降	はり		円×		回=		円											
		はり (電気鍼併用)		円×		回=		円											
		きゅう		円×		回=		円											
		きゅう (電気温灸器併用)		円×		回=		円											
		はり、きゅう併用		円×		回=		円											
	はり、きゅう併用 (電気鍼・電気温灸器併用)		円×		回=		円												
	往 療 料 2 kmまで		円×		回=		円												
	加 算 (km)		円×		回=		円												
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、きゅう師 住所																		
	氏名																		
	電話																		
委 任 状	私は、下記を代理人と定め、本書で申請する療養費（家族療養費）の給付について 受領方を委任いたします。																		
	住所 住所 代理人 住所																		
	申請者 氏名 事業所及び 代表者名																		
	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										
					年 月 日														

(医師の同意書について)
初療の場合は、医師の同意書を添付してください。以後は、6カ月毎定期的に同意書の提出が必要
です。

受付日付印

事業所 担当者印