

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											
	初回	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										
	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				
	施術者登録番号										氏名									
											電話									
振込先口座	銀行名								支店名											
	口座区分								口座番号											
	口座名義(カナ)																			
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