

健康保険 被保険者被扶養者療養費支給申請書

(はり・きゅう)

(あん摩・マッサージ)

※ 施術師等への受領委任払いは行っておりません。

① 平成 25 年 10 月分

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号番号	記号 123	番号 4567	② 事業所名称	△△ガラス株式会社		
	③ 被保険者の氏名と印	(フリガナ) ケンポ タロウ			④ 生年月日		
		健保 太郎 (健保印)			昭和 平成	40 年 10 月 1 日 (48 歳)	
	⑤ 被保険者の住所	〒 123-0006 東京都〇〇区××1-2-3-401 日中連絡がとれる電話番号 03 ( 1234 ) 5678					
	⑥ 申請が被扶養者に関する時はその者の氏名	(フリガナ)	生年月日			続柄	
		黄色の枠内 ⑥は、家族が施術を受けた場合に記入してください。 ⑨には具体的な原因及び経過を必ず記入してください。					
⑧ 傷病名	五十肩			⑨ 発症又は負傷の原因及びその経過 医師による五十肩の治療を継続して受けていたが、慢性的な痛みが緩和されないことから、医師の同意により針治療に変更した。			
⑩ 発病又は負傷の年月日	平成 24 年 5 月 10 日		⑪ 第三者の行為によるものですか	はい (いいえ)			
受取代理人の欄	⑫ 本申請に基づく給付金に関する受領を事業主またはその代理人に委任します。 平成 年 月 日						
	本人住所 (被保険者)	東京都〇〇区××1-2-3-401			(健保印)		
	本人氏名 (被保険者)	健保 太郎					
事業主住所 (代理人)	東京都△△区××1-1-1						
	事業所名 (代理人)	△△ガラス株式会社					
	事業所氏名 (代理人)	代表取締役 ○山 ○男			(受任者印)		

はり師・きゅう師が記入するところ	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分		
	年 月 日	自・平成 年 月 日～至・平成 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	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用				継続・治癒・中止	
	施術内容欄	はり	この枠内は、はり灸、あん摩マッサージ施術師に			円	摘要
		きゅう				円	
		はり・きゅう併				円	
		電療料				円	
	1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具		円× 回=		円		
	往療料	2kmまで		円× 回=	円		
加算	( km)		円× 回=	円			
費用額計							
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	
	平成 年 月 日			住所			
	免許登録番号 _____ はり師 氏名 _____ (印)			免許登録番号 _____ きゅう師 電話 _____			
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	

振込希望の金融機関(退職後に受給する者のみ記入)		
銀行名	支店名	支店番号
口座番号	普通・当座(No. )	
フリガナ		
口座名義		

平成 年 月 日提出

受付日付印