支給額		支払年月日	常務理事	事務長		係
		年　月　日				

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書（はり・きゅう用）

下記の通り、療養費の支給を申請します。　　提出日 令和　年　月　日

被保険者欄

被保険者等記号番号	記号	1000	被保険者の（申請者）氏名と生年月日	宝　太郎　印
	番号	19999		昭・平・令　50　年　8　月　1
事業所名所在地	宝酒造株式会社　本社			
申請が被扶養者に関するものであるとき	氏名	宝　花子	生年月日	昭・平・令　51　年　9　月　1　日
	続柄	妻		
発病又は負傷年月日	令和　5　年　1　月　日頃		施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）	
医師の同意を受けた傷病名	神経痛		発症又負傷の原因及びその経過	不明
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		治療に要した費用	5,000　円

振込先口座（※任意継続被保険者又は資格喪失者のみ記入）			
銀行名		支店名	
預金種目	普通　当座	口座番号	
口座名義	漢字		
	カタカナ		

委任状

私は　　を代理人と定め令和　年　月　日に請求した療養費、金　　円也の受領を委任します。

本人　住所　京都市下京区〇〇町1－2　氏名　宝　太郎　印

代理人　住所　氏名　印

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. 頚腕症候群　4. 五十肩　5. 腰痛症　6. 頚椎捻挫後遺症　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		施術の種類	1 術　回	2 術　回
はり・きゅう	通所		円 × 回 ＝	円
	訪問施術料 1		円 × 回 ＝	円
	訪問施術料 2		円 × 回 ＝	円
	訪問施術料 3（3人～9人）		円 × 回 ＝	円
	訪問施術料 3（10人以上）		円 × 回 ＝	円
	電療料（加算／1.電気針 2.電気温灸器 3. 電気光線器具）		円 × 回 ＝	円
	特別地域（加算）		円 × 回 ＝	円
往療料			円 × 回 ＝	円
施術報告書交付料（前回支給：　年　月分）			円 × 回 ＝	円
合計				円

施術日		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
通所〇　訪問1①																	
往療◎　訪問2②		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
訪問3③	月																

往療又は訪問の理由（1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難　2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難　3. その他（　））

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。

年　月　日

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	
施術管理者名	印　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
松竹梅　一郎	京都市伏見区〇〇町3－4	令和　6 年 8 月 1 日	神経痛	

＜記入に当たっての注意事項＞
- 申請書は**月単位**で作成してください。
- 「**同意記録**」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
- 当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の**領収書（原本）を必ず添付**してください。

＜その他添付書類（該当する場合）＞
☐ 医師の同意書（原本）　☐ 施術報告書（写し）　☐ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

宝グループ健康保険組合