

被 保 険 者 欄	被保険者証等の 記号番号	記号	番号	所属事業所 及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店		
		●●	××××		電話(内線) 03-1234-5678(999)		
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ			被保険者 生年月日	昭和	●●年 ●●月 ●●日
		健保 太郎				平成	
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室			メールアドレス 〇〇△△@〇〇〇〇.ne.jp		
		電話 090 (7891) 2345			メールアドレス 〇〇△△@〇〇〇〇.ne.jp		
療養を受けた者の 氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ			療養を受けた者の の生年月日	昭和	●●年 ●●月 ●●日	
	健保 花子				平成 令和		
発症又は 負傷年月日	●● 年 ●● 月 ●● 日			発症又は負傷の原因 及びその経過	腰痛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		
交通事故等 第三者が原因 ですか	いいえ ・ はい			業務上、通勤途上 によるものですか	いいえ ・ はい		
※「はい」の場合は、別途届出が必要です。							

施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間														実日数		請求区分														
	() 年 月 日		令和 年 月 日 令和 年 月 日														日		新規・継続														
	傷病名		この欄は、はり師・きゅう師に記入を依頼してください。														日		転 帰														
	初検料 1. はり 2. きゅう																日		続・治癒・中止・転医														
	施 術 料	はり・きゅう															日		摘 要														
		通															日																
		訪															日																
		訪															日																
		訪															日																
	電療料(加算)																日																
	特別地域																日																
	往療料																日																
施術報告書交付		日																															
明細書発行		日																															
費		日																															
施術日	訪問1①	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
通所	訪問2②	月																															
往療	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つての外出困難 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。														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														
	令和 年 月 日														〒				住 所														
	免許登録番号														はり師				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						
																			令和 年 月 日														

振 込 先 情 報	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、 ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入)																															
	注)口座情報登録の反映、給付金の支給につきましては、お時間を要します。また、下記の欄に口座の記入がある場合は、記入口座を優先させていただきます。																															
	金融機関コード		1234														支店コード		1234													
	金融機関名称		●● 銀行/信用金庫 ●●														本店/支店															
預金種別		普通		口座番号		1	2	3	4	5	6	7	口座名義(カタカナ)		ケンポ タロウ																	

■添付書類

1. 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本 2. 治療内容の書いてある領収書原本

受付日付印