

療養費請求書 (1 年 11 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号 1 2 3 4 - 5 6 7 8 9		○発病又は負傷年月日 令和 1 年 9 月 1 日		○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名) 神経痛		
	(フリガナ) ダイキン 知		続柄 男		○発症又は負傷の原因及びその経過 不詳		
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名 大金 太郎		昭・平・令 1 年 4 月 1 日生		○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		
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間		実日数	請求区分	
	平成 令和		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 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 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 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____	
	施 術 料	はり	円×	回=	円	施術日 . . . 日	
		きゅう	円×	回=	円		
		はり・きゅう併用	円×	回=	円		
	電療料	1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具		円×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日
	往療料	4 km まで		円×	回=	円	往療を必要とした理由
	往療料	4 km 超		円×	回=	円	
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円×	回=	円			
費用額計				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		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			
	所在地		所在地				
	はり師免許登録番号 _____	きゅう師免許登録番号 _____	施術所名		施術者名 電話		
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費を請求します。 令和 1 年 12 月 1 日		〒111-1111 被保険者 住 所 大阪市北区〇〇町1-1-1 ダイキン工業健康保険組合 理事長 殿 (請求者) 氏名 大金 太郎 電話 06-6373-4300				
	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要加療期間		
健康 次郎	大阪市中央区〇〇町1-1-1	平成 令和	1 年 9 月 1 日	神経痛	令和 1 年 9/1~11/30		

<記入にあたっての注意事項>

- ・ 申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・ 二重線内(「施術内容欄」および「施術証明欄」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・ 「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。

<提出の流れ> 本人 → 健康保険組合
※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) 往療状況確認表 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書