

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	被保険者証 の記号番号 (左づめ)	記号	番号	枝番	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男
	フリガナ					<input type="checkbox"/> 平成				<input type="checkbox"/> 女
	氏 名					連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯			
	住 所	〒								
		都道府県								アパート・マンション名

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく補助金に関する受領を事業主に委任します。			
		氏名		令和	年 月 日

※給付金に関する受領を事業主に委任しない場合(事業所における給与振込口座とは異なる口座への振込みを希望する場合)は、上記委任状欄へ記入せず、振込口座指定書(様式16)を申請書と一緒に提出してください。

裏面に続きます

健康 保険 組合 使用 欄	受付日	令和	年	月	日
	決定日	令和	年	月	日
	支払日	令和	年	月	日

組合受付印	事業所受付印

被保険者氏名		申請期間	令和	年	月	日
--------	--	------	----	---	---	---

被 保 険 者 記 入 欄	療養を受けた者 フリガナ 氏名	生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女												
	傷病名	発病または 負傷年月日		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	続柄													
	発症又は負傷 の原因及び経過	原因および経過(詳細に記載してください) <input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ 負傷原因届(様式12)を併せてご提出ください。																			
	業務上・外、 第三者行為の有無	<input type="checkbox"/> 1. 業務上 <input type="checkbox"/> 2. 第三者行為である <input type="checkbox"/> 3. その他																			
施 術 者 記 入 欄	初療年月日		施術期間				実日数	請求区分													
	平・令 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.頰腕症候群 4.五十肩 5.腰痛症 6.頰椎捻挫後遺症 7.その他( )						転帰 継続・治療・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	はり	円× 回 =				円														
		きゅう	円× 回 =				円														
		はり・きゅう併用	円× 回 =				円														
		電療料	円× 回 =				円														
	1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具																				
	往療料		4kmまで		円× 回 =		円														
			4km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																		
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																			
免許登録番号		きゅう師 氏名																			
		電話																			
同意医師の氏名		同意医師の住所												同意年月日							
														平・令 年 月 日							
傷病名		要加療期間				同意書有効期限				摘要											

※1か月単位(1日から末日)で1枚記入の上、「領収書(原本)」を添付して、所属する事業所の社会保険担当窓口(任意継続被保険者は直接JADECOMけんぽ)に提出してください。

※初めて施術を受け申請する場合は、「医師の同意書(原本)」を添付してください。また、6ヶ月を超えて引き続き施術を受けようとする場合も、再度、保険医から同意書の交付を受け、提出する必要があります。