

支給決定日	支給決定金額	常務理事	事務長	担当者
月 日	円			

※右欄は健康保険組合の使用欄

被保険者・被扶養者療養費支給申請書（令和 年 月分）（はり・きゅう用）

※必要添付書類：領収書（原本）、初療（初診）及び6か月毎に医師の同意書

被保険者欄	保険証の記号・番号	—	療養を受けた者の氏名	フリガナ	
	被保険者との続柄		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	傷病名		発病又は負傷年月日	令和 年 月 日	
	発病又は負傷の原因		傷病の経過		
	業務上・外、第三者行為の有無(○を付けてください) 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	令和 年 月 日	施術期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
	実日数	日	請求区分	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・治癒・中止・転医
	初検料	1.はり 3.きゅう 5.はり・きゅう併用			円
	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 1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具	円×	回=	円
	往療料	4kmまで	円×	回=	円
	往療料	4km超	円×	回=	円
上記費用合計額				円	
施術日	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 ※通院日は○、往診施術日は◎で囲んでください。			
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. 出張専門施術者所在地	
	はり師 氏名	免許証No		住所	
	きゅう師 氏名	免許証No		TEL	
同意記録	同意医師の氏名	住所		同意年月日 令和 年 月 日	
	傷病名	要加療期間			
申請欄	クラシエ健康保険組合 御中 令和 年 月 日 上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。				
	所属事業所				
	フリガナ		住所	〒 —	
	被保険者氏名				

※任意継続被保険者と1～2ヶ月以内に退職される方は下記に振込先をご記入ください。

振込先	銀行名	本・支店名	口座の種類	普・当
	口座番号	口座名義		