

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（平成30年11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	1010 — 555555		療養を受けた者 の氏名	フリガナ ケンコウ ヤスオ 健康保男 (男)・女	
	被保険者との続柄	本人		生年月日	(昭)平 35 年 6 月 2 日	
	傷病名	神経痛		発病又は負傷年月日	平成 年 月 日	
	発病又は 負傷の原因	不 詳		傷病の 経過	良 好	
	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	平成30年10月 5日		施術期間	自 平成 30 年 11 月 1 日 至 平成 30 年 11 月 28 日	
	実日数	3 日		請求区分	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	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 1,540円 × 3 回 = 4,620円 きゅう 円 × 回 = 円 はり・きゅう併用 円 × 回 = 円 電療料 30円 × 3回 = 90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				
	往療料 4km超	円 × 回 = 円				
	上記費用合計額		4,710 円			
	施術日	11 月 (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。 平成 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. (印)			住所	
	きゅう師 氏名	免許証No. (印)			TEL	
同意記録	同意医師の氏名	住所			同意年月日	
	京橋 一美	大阪市中央区△△町3-2			平成 年 月 日	
	傷病名	要加療期間 神経痛				
申請欄	クラシエ健康保険組合 御中 平成 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	クラシエ○○(株) △△工場				
	フリガナ	ケンコウ ヤスオ		住所	〒 555 - 1111 大阪市○○区××町2-1-10	
	被保険者氏名	健康保男 (印)				

※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	口座番号	本・支店名	口座の種類	普・当
			口座名義		