

療養費支給申請書( 年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	被保険者等の記号番号		発病又は負傷年月日		傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過		
	—		年 月 日				
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)			続 柄	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( )
施術した場所 (入居施設や住所地特例等、住所地と異なる場合に記載)							
年 月 日 生							

3枚中2枚目

療養を受けた者の氏名 ( ) 年 月分  
 被保険者等の記号番号 ( )

施術内容欄	初療年月日		施 術 期 間														実日数		請 求 区 分													
	年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日														日		新規・継続													
	傷病名		1. 神経痛(部位: ) 2. リウマチ(部位: ) 3. 頸腕症候群(部位: )																転 帰													
			4. 五十肩(右・左) 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他( )																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													
	施術料	はり・きゅう		施術の種類		1術 回		2術 回																								
		通所				円×		回=		円																						
		訪問施術料 1				円×		回=		円																						
		訪問施術料 2				円×		回=		円																						
		訪問施術料 3 (3人~9人)				円×		回=		円																						
		訪問施術料 3 (10人以上)				円×		回=		円																						
	電療料(加算/ 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)				円×		回=		円																							
	特別地域(加算)				円×		回=		円																							
	往 療 料				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	訪問1①	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																															
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( ) )																																

3枚中3枚目

療養を受けた者の氏名 ( ) 年 月分  
 被保険者等の記号番号 ( )

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	
	年 月 日	所在地	〒	-	
	はり師 免許登録番号 _____	所在地	-		
	きゅう師 免許登録番号 _____	施術者名	-		
		電話 ( )	-		
※施術所の所在地・名称はゴム印(スタンプ等)を使用してください。 記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を記入してください。					
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
			年 月 日		
申請欄	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。				
	年 月 日	被保険者 住所		〒 -	
	ユニチカ健康保険組合 殿	(申請者) 氏名	電話 ( ) -		
確認欄	<input type="checkbox"/> この申請については、申請者本人(被保険者)が作成したものです				
振込(送金)を希望する金融機関	フリガナ		本店	預金の種類	1. 普通 2. 当座
	銀行		支店		
※振込日現在に被保険者資格を喪失している方のみ記入	口座番号	口座名義人	フリガナ		
委任する時 ※施術者等への委任はできません	上記申請金額の受領方を	住 所	に委任します。		
	年 月 日	氏 名	被保険者氏名		
備考欄	被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)				

◎ 太枠内は、施術者へ記入を依頼してください。

◎ 添付書類

施術に要した費用の領収証  医師の同意書の原本(初療月及び再同意月)  施術報告書の写し(該当する場合のみ)

1年以上・月16日以上施術継続理由・状態記入書(該当する場合のみ)