

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支払年月日	年 月 日
支給額	円

決 裁			
常務理事	事務長		担当者

## 療養費支給申請書 ( 年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○健康保険の被保険者等 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 3. その他 ( )																												
		昭・平・令 年 月 日生		○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)																													
施 術 者 記 入 欄	初療年月日		施術期間		実日数	請求区分																											
	( ) 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. 頸腕症候群 4. 五十肩			転 帰																											
			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				円	摘 要																											
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用																																
	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																																
○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 ( ) )																																	
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																				〒				—									
免許登録番号 _____ はり師 住所										免許登録番号 _____ きゅう師 氏名												電話											
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																								
					令和 年 月 日																												
振込希望の銀行 (被保険者口座)		銀行 (普通・当座) 口座番号		支店 (口座名義人)																													
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 被保険者の住所 〒 氏名																																	
ナイスグループ健康保険組合理事長 殿																																	