

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 ( )																											
		男 ・ 女	○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)																													
		昭・平・令 年 月 日生																														
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				転 帰																											
	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩				継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医																											
	5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ( )																															
	初 検 料				摘 要																											
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用						円																									
	施 術 料	はり・きゅう		施術の種類			1術	回	2術																							
		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																															
通所○	訪問2②	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
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		支店		(普通・当座) 口座番号		(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																																