

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)	
	-		年 月 日			
	(フリガナ)		続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過	
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名		男・女		1. 被保険者 2. 被扶養者	
昭・平 年 月 日生				○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 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間		実 日 数	請 求 区 分
	年 月 日		自・年 月 日～至・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					※施術管理者以外が施術した場合に記入
	施 術 料		円 × 回 = 円		施術者氏名 _____	
	はり		円 × 回 = 円		施術日 . . . 日	
	きゅう		円 × 回 = 円			
	はり・きゅう併用		円 × 回 = 円			
電療料		円 × 回 = 円				
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具						
往 療 料		4 km まで		円 × 回 = 円		
往 療 料		4 km 超		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	通院○	往療◎	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
-----	-----	-----	---	---

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		所在地		
	はり師免許登録番号 _____		施術所名		
	きゅう師免許登録番号 _____		施術管理者名		☎ 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
			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。		〒	電話
	年 月 日			
埼玉機械工業健康保険組合理事長 殿		被保険者 住 所	氏 名	
		(請求者)		

勤 務 する 事業所の 名称	
----------------	--

委 任 状	この給付の受領を上記の事業所に委任します。	
	年 月 日	被保険者 氏 名

<記入にあたっての注意事項>

- ・ 申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・ 日付は和暦で記入してください。
- ・ 二重線内(「施術内容欄」、「施術証明欄」、「同意記録」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。

<提出の流れ> 本人 → 事業所 → 健康保険組合 (※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください)

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書(原本)を必ず添付してください。

<その他添付書類(該当する場合)>

医師の同意書(原本) 施術報告書(写し) 往療状況確認表 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書