

| | | | | | | | | | |
|---------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 支 給 額 | | | | | | | | | 円 |
| 内 訳 | 療 養 費 | | | | | | | | 円 |
| | 療 養 付 加 金 | | | | | | | | 円 |
| 支 給 開 始 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | |
| 支 給 期 間 | 令和 年 月 日 日間 | | | | | | | | |
| 前 回 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | |
| 計算式 | | | | | | | | | |

| | | | | |
|-----------|------|-----|---|-----|
| 決 議 | 常務理事 | 事務長 | | 担当者 |
| | | | | |
| 同 年 月 日 | | | | |
| 支 払 年 月 日 | | | | |
| 資 格 取 得 日 | | 令和 | 年 | 月 日 |
| 資 格 喪 失 日 | | 令和 | 年 | 月 日 |
| 備 考 | | | | |

※上記枠内は記入しないでください。

被保険者 療 養 費
家 族 療 養 付 加 金

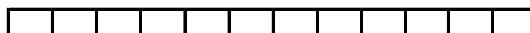
支給申請書

はり・きゅう用

| | | | | | | |
|--|---|---------|--|---------------------|---------|------------------------|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 保険証の 記号 番号 | | 被保険者氏名 | | 会 社 名 | |
| | 診療を受けた人 | | | | | |
| | 受療者氏名 | | 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 (歳[満年齢]) | | 続 柄 | |
| | 傷 病 名 | | 傷病の原因 及びその経過 | | | |
| | 発病または負傷年月日 | | 【原因】・交通事故などの第三者行為や業務上によるもの (はい・いいえ) | | | |
| | | | 【経過】 | | | |
| | 施術の期間 | | 施術に要した費用 | | | |
| | 自：令和 年 月 日 至：令和 年 月 日 | | 内実日数 日間 | | 円 | |
| | 被保険者署名・捺印 | | | | | 事業主受付 |
| | 健康保険組合理事長 殿 住所 上記の通り請求します。 ただし給付金の受領を事業主に委任します。 電話 令和 年 月 日 被保険者氏名 | | | | | 受付印 |
| 施 術 者 記 入 欄 | 初療年月日 令和 年 月 日 | | 施 術 期 間 自：令和 年 月 日 ~ 至：令和 年 月 日 | | 実日数 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 |
| | 初 検 料 1.はり 2.きゅう 3.はり・きゅう併用 | | | | 円 | 継 続 ・ 治 癒 中 止 ・ 転 医 |
| | 施 術 内 容 料 | | はり | | 円× 回= 円 | 摘 要 |
| | | | きゅう | | 円× 回= 円 | |
| | | | はり・きゅう併用 | | 円× 回= 円 | |
| | | | 電 療 料 1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具 | | 円× 回= 円 | |
| | 往 療 料 | | 加算(Km) | | 円× 回= 円 | |
| | | | 費 用 額 計 | | 円 | |
| | 施 術 日 | | 通院○ 往療◎ | | 月 | |
| 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 住所(所在地) 施術所名 氏 名 電 話 | | | | | | |
| 同意医師の氏名 | | 同意医師の住所 | | 同意年月日 令和 年 月 日 | | |
| 傷 病 名 | | 要加療期間 | | 同意書有効期限 令和 年 月 日 | | |
| 摘 要 | | | | | | |

<添付書類>

領収書(原紙)と医師の同意書(取得月は原紙。期限内コピー有効)を必ず添付して申請してください。
同意書の有効期限は最長3ヶ月です。



社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印