

被保険者
家族

療養費請求書 (はり・きゅう用)

被 保 険 者 記 入 欄	下記のとおり請求します。 なお、この金額の受領を(事業所名) <u>〇〇〇〇〇〇〇〇(株)</u> に委任します。				
	令和 〇〇 年 〇〇 月分 (暦月ごと)				
	健康保険 記号-番号	1-	123456	氏名	健保 太郎
	被保険者 住所	〒000-0000 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			TEL(000) 000 - 0000
	所属	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			(ポストNo. A100) TEL(000) 000 - 0000 (内線 0000)
	家族に関する 申請のとき	家族 氏名	健保 花子	生年 月日	昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 続 妻 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 柄
	傷病名 医師の同意を 受けた傷病名	〇〇〇〇〇〇〇〇		発病又は 負傷年月日	平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 午前 午後 時頃
	発病又は 負傷の原因 (具体的に)	(どこで)(どうした)・・・具体的に 業務上の負傷ですか。(はい・いいえ) 第三者の行為によるものですか。(はい・いいえ)			
	同意 記録	同意医師の 氏名	松田 太郎	同意年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 要加療期間 指示があった時の みご記入ください
		住所	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		傷病名 〇〇〇〇〇〇〇〇

はり師・きゅう師 記入欄						
初療年月日		施術期間		実日数	請求区分	転帰
平成 令和	年 月 日	令和	年 月 日～令和 年 月 日	日	新規・継続	継続・治癒 中止・転医
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()					摘要
初検料	1. はり 2. きゅう 3. はりきゅう併用					円
施 術 内 容	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 はりきゅう併用)	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					
合計	円					
一部負担金 (1割・2割・3割)	円					
請求額	円					
施術日 通所○ 訪問1① 訪問2② 往療◎ 訪問3③	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 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())						
施 術 証 明 欄	保健所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地	上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。				
	施術者登録番号	令和 年 月 日				
	はり師 免許登録番号	所在地				
	きゅう師 免許登録番号	施術所名				
		氏名	TEL() -			

【注意事項】

記入・添付書類については裏面をご確認ください。

受付印

支 給 決 定 欄	給付対象額	円	常務理事	事務長	係
	支給決定額	円			