

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

機関コード

公費負担者番号										特記事項	1 社国 3 後高	2 本外 4 六外 8 高外-	給付割合
公費受給者番号											2 公費 4 退職	6 家外 0 高外7	8 9 10
区市町村番号										種類	05 鍼灸		
受給者番号										保険者番号	0 6 1 3 4 0 1 9		

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	
	(記号)	(番号)	年 月 日			
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過		
		男・女		○業務上・外、第三者行為の有無		
	明・大・昭・平・令 年 月 日生		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・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 (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)				円	摘 要
	施 術	はり	円×	回=	円	
	術	きゅう	円×	回=	円	
	料	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 4kmまで	円×	回=	円	
	往療料 4km超	円×	回=	円		
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円×	回=	円		
	合 計				円	
	一部負担金 (1割・2割・3割)				円	
	請 求 額				円	
施術日	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					
通院○						
往療◎	月					

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	
	令和 年 月 日	施術所	所在地		
	登録記号番号 (申し出た施術者登録番号)	名称	氏 名	印 電話	
		施術管理者	氏 名	印 電話	

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。		〒	—
	令和 年 月 日	申請者	住所	
		(被保険者)	氏名	印 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		

※資格喪失後等にて受領委任しない場合は、別途「給付金振込依頼書」を添付してください。

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	
申請者 住所	代理人 住所
(被保険者) 氏名	印 氏名

関東信用組合連合健康保険組合

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に記入してください。
 ※ 施術管理者及び申請者 (被保険者) の記名押印は署名でも差し支えありません。
 ※ この給付金の受領の代理人への委任は、受領委任の取扱規程 (平成30年6月12日保発0612第2号通知) に従い行われるものです。