

療養費支給申請書(はり・きゅう)

(月分、第 回)

被 保 険 者 欄	○被保険者証記号番号 記号 番号		○被保険者氏名			○住所																												
	○療養を受けた者の氏名		○性別 男・女	○生年月日 昭・平 年 月 日生		○続柄	○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																											
	○傷病名			○発病または負傷年月日		○発病又は負傷の原因およびその経過																												
施 術 内 容 欄	○初療年月日 年 月 日		○施術期間 自 年 月 日～至 年 月 日			○実日数 日		○請求区分 新規・継続	○転帰 治癒・中止																									
	○傷病名			1. 神経痛	2. リウマチ	3. 頸腕症候群	4. 五十肩	○左記傷病の初診年月日 年 月 日																										
	初 検 料	1. はり						摘 要																										
		2. きゅう																																
		3. はり、きゅう併用					円																											
	施 術 料	はり			円×	回	円																											
		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 診 料 4km まで			円×	回	円																											
	往 診 料 4km 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。 年 月 日									住所	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。 年 月 日									住所	氏名	印	電話																					
支 払 機 関 欄	○預金の種類 1. 普通 2. 当座		○金融機関名 銀行 金庫 農協			本店	支店	フリガナ ○口座名義人			○口座番号																							
備 考																																		
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日 年 月 日		傷病名		要加療期間																									
再 同 意 記 録	再同意医師の氏名		住 所		再同意年月日 年 月 日		傷病名		要加療期間																									

記入状の注意

1. 施術内容欄の傷病名、初回の施術内容については、該当する項目を○で囲んで下さい。
2. 「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入して下さい。

療養費支給申請書用紙について

* 下記のいずれかの方法でご使用ください。

- ① 「北海道コンピュータ関連産業健康保険組合」のホームページから用紙をダウンロードをする。
- ② 健康保険組合に用紙を請求する。
- ③ 送付した用紙をコピーする。

【 記 入 説 明 】

本人記入欄
鍼灸師記入欄

療養費支給申請書(はり・きゅう)

(月分、第 回)

被 保 険 者 欄	○被保険者証記号番号 記号 番号		○被保険者氏名		○住所	
	○療養を受けた者の氏名	○性別 男・女	○生年月日 昭・平 年 月 日生		○続柄	○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
	○傷病名		○発病または負傷年月日		○発病又は負傷の原因およびその経過	
施 術 内 容 欄	○初療年月日 年 月 日	○施術期間 自 年 月 日～至 年 月 日		○実日数 日	○請求区分 新規・継続	○転帰 治癒・中止
	○傷病名		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩		○左記傷病の初診年月日 年 月 日	
	初 検 料	1. はり		円	摘 要	
		2. きゅう				
	施 術 料	3. はり、きゅう併用		円		
		はり		円× 回 円		
		きゅう		円× 回 円		
		はり、きゅう併用		円× 回 円		
	電療料		円			
	1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具		円× 回 円			
往 診 料 4km まで		円× 回 円				
往 診 料 4km 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。 年 月 日		住所		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。 年 月 日		申請者 住所		氏名 印 電話	
支 払 機 関 欄	○預金の種類 1. 普通 2. 当座		○金融機関名 銀行 金庫 農協		フリガナ ○口座名義人	
			本店 支店		○口座番号	
備 考	※ 支払機関は被保険者様名義の口座をご記入ください。					
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		
再 同 意 記 録	再同意医師の氏名	住 所		再同意年月日	傷病名	要加療期間
				年 月 日		

記入状の注意

1. 施術内容欄の傷病名、初回の施術内容については、該当する項目を○で囲んで下さい。
2. 「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入して下さい。