

被保険者・被扶養者 療養費支給申請書(はり・きゅう用)

年 月 分

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号	記号	番号	事業所の名称		
	被保険者氏名				所属	(内線:)
	発病・負傷の年月日	年 月 日			傷病の経過	
	発病・負傷の原因					
	傷病名	1.神経痛 2.リウマチ 3.頰腕症候群 4.五十肩 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他()				
	第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無			加害者の氏名	
	扶養者に関する申請のとき	氏名		続柄	生年月日	年 月 日
上記のとおり申請いたします。 年 月 日						
日新電機健康保険組合理事長殿						
被保険者 住所 氏名						
印						

はり・きゅう師が記入するところ	施術内容	初療年月日	施術期間														実日数	請求区分	転帰	
		年 月 日	自: 年 月 日 ~ 至: 年 月 日														日	新規・継続	継続・治癒・中止	
		傷病名	1.神経痛 2.リウマチ 3.頰腕症候群 4.五十肩 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他()																	
		初検料		1.はり 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
		往療料		2kmまで														円 ×	回 =	円
		加算		(km)														円 ×	回 =	円
費用額計																		円		
施術日		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16			
通院○往療◎		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																			
	はり師・きゅう師														〒		住所			
																	氏名			
	施術者登録番号																電話番号			
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		~																		
摘用																				

- (注意事項) 1. 各施術月毎(1カ月毎)申請者毎に、1枚申請下さい。また施術を受けるごとに発行される領収書原本を全て添付下さい。
2. 初療(初診)時、及びその後3ヶ月毎に医師同意書を添付下さい。
3. 往療がある場合は往療を必要とした理由を摘要欄に記載下さい。

私の受ける上記給付金の受領方を日新電機株式会社 社長 _____ に委任します。

支給決定及び支給決議額

常務理事	事務長	係	支給年月日	法定給付	付加給付	合計
			年 月 日			