

健康 保 険 証 記 入 欄	常務理事	事務長	係員	係員	支給額		受付整理No.	
						資格取得日	資格喪失日	
						平成 年 月 日	平成 年 月 日	
					施術回数 回数	本人負担割合 割	決済年月日 平成 年 月 日	支給予定日 平成 年 月 日



被保険者 健康保険療養費支給申請書 【はり・きゅう】 (平成 ○○年 ○○月分)
家 族

被 保 険 者 (本 人) が 記 入 す る と こ ろ	健康保険証の 記号・番号	1 2 3 4 - 5 6 7 8 9	会社名	株式会社ニチレイ ○○事業所			
	被保険者氏名	(フリガナ) ニチレイ タロウ 日冷 太郎	勤務先電話	03 - 1234 - 5678			
	受診者氏名 (受診者が被扶養 者の場合)	(フリガナ) ニチレイ タロウ 日冷 太郎	生年月日	昭和 平成	○○年	○○月	○○日
	傷病名	神経痛	生年月日	昭和 平成	○○年	○○月	○○日
	発病(負傷)の 原因および経過	記入例			発病(負傷) ○○年○○月○○日	平成 年 月 日	続柄

確 認 欄	<input type="checkbox"/> 償還払い(立替払い)での精算になります。一旦、全額を施術機関等にお支払いください。
	<input type="checkbox"/> 歴月ごと、受診者ごとにつき1枚、この申請書にご記入のうえ、施術師の証明を受けてください。
	<input type="checkbox"/> 初めてかかった際の請求には、「医師の同意書」(原本)の添付が必要です。
	<input type="checkbox"/> 施術を受ける毎に発行される領収書(原本)を全て添付してください。

申 請 者 署 名 欄	ニチレイ健康保険組合理事長 殿口 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。 平成○○年○○月○○日 〒 123-4567 住所 ○○県○○市○○町○○1-2-3 氏名 日冷 太郎 ㊞ 連絡先(携帯)Tel 03 - 1234 - 5678
----------------------------	--

は り 師 ・ き ょ う 師 が 記 入 す る と こ ろ	初療年月日	今回施術期間	実日数	請求区分	転帰	
	平成 年 月 日	平成 年 月 日~平成 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. 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 ()				
	初 検 料	1 はり・2 きゅう・3 はりきゅう併用				円
	施 術 内 容 欄	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× 回=	円		
		1 電気針・2 電気温灸器・3 電気光線器具	円× 回=	円		
	※「摘要 欄」に要理 由記載の事	往療料 2kmまで 加算 (km)	円× 回=	円		
費用額計	円					

施 術 日	通院○・往診○	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			
同 意 記 録	同意医師の氏名	住所	同意年月日 平成 年 月 日	傷病名	要加療期間

施 術 証 明 欄	上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。 平成 年 月 日 〒 住所 はり師・きゅう師 氏名 ㊞ 連絡先
-----------------------	--