

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



被保険者 健康保険療養費支給申請書 【はり・きゆう】 (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	—		会社名	—																																																																																																																																																																																
	被保険者氏名	(フリガナ)		勤務先電話	—																																																																																																																																																																																
	受診者氏名 (受診者が被扶養 者の場合)	(フリガナ)		生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日	続柄																																																																																																																																																																												
	傷病名			生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日	続柄																																																																																																																																																																												
発病(負傷)の 原因および経過			発病(負傷) 年 月 日	平成	年	月	日	業務・外、第三者行為によるものですか? はい・いいえ																																																																																																																																																																													
被保険者名義 振込先口座 (在職者は給与 口座に振込みま すので記入不要 です)	銀行	支店	普通 当座	口座番号	口座名義																																																																																																																																																																																
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	<b>ニチレイ健康保険組合理事長 殿</b> 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 千 住 所 氏名 ㊞ 連絡先(携帯)Tel — —																																																																																																																																																																																			
		<table border="1"> <tr> <td>初療年月日</td> <td colspan="4">今回施術期間</td> <td>実日数</td> <td>請求区分</td> <td>転帰</td> </tr> <tr> <td>平成 年 月 日</td> <td colspan="4">平成 年 月 日~平成 年 月 日</td> <td>日</td> <td>新規・継続</td> <td>継続・治癒・中止</td> </tr> <tr> <td>傷病名</td> <td colspan="7">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 ( )</td> </tr> <tr> <td>初 検 料</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4">摘 要</td> </tr> <tr> <td colspan="8">1 はり・2 きゆう・3 はりきゆう併用</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td rowspan="6">施 術 内 容 欄</td> <td>はり</td> <td colspan="4">円× 回=</td> <td colspan="4">円</td> </tr> <tr> <td>きゆう</td> <td colspan="4">円× 回=</td> <td colspan="4">円</td> </tr> <tr> <td>はり・きゆう併用</td> <td colspan="4">円× 回=</td> <td colspan="4">円</td> </tr> <tr> <td>電療料</td> <td colspan="4">円× 回=</td> <td colspan="4">円</td> </tr> <tr> <td>1 電気針・2 電気温灸器・3 電気光線器具</td> <td colspan="4">円× 回=</td> <td colspan="4">円</td> </tr> <tr> <td>※「摘要 欄」に要理 由記載の事</td> <td>往療料 2kmまで</td> <td colspan="4">円× 回=</td> <td colspan="4">円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>加算 ( km)</td> <td colspan="4">円× 回=</td> <td colspan="4">円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>費用額計</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4">円</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">は り 師 ・ き ゆう 師 が 記 入 す る と こ ろ</td> <td>施術日: 通院○・往診◎</td> <td colspan="10">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</td> </tr> <tr> <td>同意医師の氏名</td> <td colspan="4">住所</td> <td colspan="2">同意年月日</td> <td colspan="2">傷病名</td> <td colspan="2">要加療期間</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">施 術 証 明 欄</td> <td colspan="10">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</td> </tr> <tr> <td>免許登録番号</td> <td colspan="4">〒 住 所</td> <td colspan="4">はり師・きゆう師</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4">氏名</td> <td colspan="4">㊞ 連絡先</td> </tr> </table>										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					摘 要				1 はり・2 きゆう・3 はりきゆう併用								円	施 術 内 容 欄	はり	円× 回=				円				きゆう	円× 回=				円				はり・きゆう併用	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	円× 回=				円					加算 ( km)	円× 回=				円					費用額計					円				は り 師 ・ き ゆう 師 が 記 入 す る と こ ろ	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										同意医師の氏名	住所				同意年月日		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										免許登録番号	〒 住 所				はり師・きゆう師					氏名				㊞ 連絡先			
		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					摘 要																																																																																																																																																																																
1 はり・2 きゆう・3 はりきゆう併用								円																																																																																																																																																																													
施 術 内 容 欄	はり	円× 回=				円																																																																																																																																																																															
	きゆう	円× 回=				円																																																																																																																																																																															
	はり・きゆう併用	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	円× 回=				円																																																																																																																																																																														
	加算 ( km)	円× 回=				円																																																																																																																																																																															
	費用額計					円																																																																																																																																																																															
は り 師 ・ き ゆう 師 が 記 入 す る と こ ろ	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																																																																																																																																																																																			
	同意医師の氏名	住所				同意年月日		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																																																																																																																																																																																				
	免許登録番号	〒 住 所				はり師・きゆう師																																																																																																																																																																															
		氏名				㊞ 連絡先																																																																																																																																																																															