

被保険者・被扶養者

療養費支給申請書（はり・きゅう用）

常務理事	事務長	担当者

神栄健康保険組合 御中

提出日： 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	—	勤務する 事業所名称					
	被保険者氏名				生年月日	年 月 日		
	被保険者の住所	電話 ()						
	被扶養者に関する 申請の場合	被扶養者 氏名			生年 月日	年 月 日		続 柄
	傷病名				発病又は 負傷年月日	年 月 日		
	発症または負傷の 原因・経過							
	第三者行為による ものですか	はい いいえ	はいの場合 届出の有無	有 無	加害者氏名			
				加害者住所				
は り 師 ・ き ょ う 師 が 記 入 す る 欄	初療年月日	年 月 日		施術期間	自： 年 月 日	実日数	請求区分	
					至： 年 月 日	日	新規・継続	
	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 ()					転 帰	
	初検料	1. はり 2. きゅう 3. はりきゅう併用					摘 要	
	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					
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						
上記の通り施術を行い、その費用を領収したことを証明します。	年 月 日		保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地				
免許登録番号	はり師		所在地					
免許登録番号	きゅう師		施術所名					
			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		
			年 月 日					
委任状 ※退職者は記入不要	本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。							
	年 月 日							
	被保険者氏名							
振 込 先 情 報	振込希望の 金融機関	金融機関名称			支店名			
	退職者・任意継続者 のみ記入	口座番号	普通・当座		フリガナ			
		No.			口座名義			

<記入上の注意>

- ① 申請書は、暦日単位ごとに作成ください。
- ② 領収書の原本を必ず添付ください。その際、必ず宛名を記載してもらってください。
- ③ 初めてかかったときの請求の場合、「医師の同意書」(原本)を添付ください。継続して施術を受ける場合は6か月に一度、必ず医師の再同意が必要となります。
- ④ 傷病の原因が業務上、または通勤途中の場合は、労災保険に該当するため健康保険組合への請求はできません。