

# 健康保険 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書( 年 月分)(はり・きゅう用)

大阪府建築健康保険組合 理事長 殿

本申請書の施術に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	保険証の記号・番号		被保険者氏名		(フリガナ)				
	—				⑩				
	被保険者の住所		〒		Tel ( ) —				
	(フリガナ)		生年月日		性別 続柄				
	施術を受けた者の氏名・生年月日等		氏名		昭和 平成 令和 年 月 日 男・女				
	傷病名		発病又は負傷年月日		年 月 日				
発症・負傷の原因及び経過		○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							
振込口座		金融機関名		支店名		本店 支店 出張所			
		銀行 金庫 農協		預金種別		普通・当座・その他( )			
		口座名義 カナで記入		口座番号					
は り 師 ・ き ゅ う 師 記 入 欄	初療年月日		施術期間		実日数		請求区分		
	年 月 日		自: 年 月 日~至: 年 月 日		日		新規・継続		
	傷病名		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩				転 帰		
			5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他( )				継続・治癒・中止・転医		
	初検料				円		摘 要		
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用								
	施 術		はり		円× 回= 円				
	内 術		きゅう		円× 回= 円				
	料		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		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					
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		保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地			
				所在地					
		はり師免許登録番号		施術所名					
		きゅう師免許登録番号		氏名		⑩ 電話			
同意記録		同意医師の氏名		住 所		同意年月日			
						傷病名			
				年 月 日		要加療期間			

《記入にあたっての注意事項》

- 申請書は暦月を単位として作成してください。
- 「はり師・きゅう師 記入欄」については、施術所に記入を依頼してください。
- 振込口座については、被保険者名義の口座を記入してください。
- 領収書の原本を必ず添付してください。
- その他該当する場合には、医師の同意書(原本)、施術報告書(写し)、往療状況確認表、1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書を添付してください。