

療養費支給申請書 ( 年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号						○発病又は負傷年月日			○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)		
	令和 年 月 日											
	(フリガナ)						続 柄			○発症又は負傷の原因及びその経過		
施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	男 ・ 女						1. 本人			○業務上・外、第三者行為の有無		
							2. 配偶者					
年 月 日生						4. その他 ( )			1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他			

施 術 内 容 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							※施術管理者以外の施術した場合に記入				
	施 術 料	はり					円× 回=	円	施術者氏名		_____	
		きゅう					円× 回=	円	施術日		. . . 日	
		はり・きゅう併用					円× 回=	円				
		電療料					円× 回=	円	※往療を必要とした場合に記入			
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具								往療日		. . . 日		
往療料		4km まで				円× 回=	円	往療を必要とした理由				
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 証 明 欄	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																										
	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。										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														
	年 月 日										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 _____										施術管理者名																				
										電話																				

同 意 記 録	同意医師の氏名		医療機関			同意年月日			傷病名		要加療期間	
			名称 所在地			年 月 日						

被 保 険 者 申 請 欄	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。										年 月 日	
	BIPROGY健康保険組合 御中											
	上記金額受領方を _____ に委任します。											
	被保険者 〒 _____ 住 所 _____ 氏 名 _____ ㊞ 電話 _____											
確認欄	自署の場合は捺印を省略できます。その際、この届出は被保険者が作成したものであることの証明のため、左の確認欄へチェックを入れてください。											
<input type="checkbox"/>												

※在籍者の方は委任先として本籍会社名をご記入ください。委任いただくことにより給与支給にあわせてお支払いします。  
 (任継・特例の方は委任先会社名の記入は不要です。ご登録いただいている口座にお支払いします)  
 (ここで知り得た個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用しません。)