

療養費支給申請書 (〇〇年 〇月分) (はり・きゅう用)

記入例

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------------------|--|--|---|--|--|
| 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) | | |
| | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 令和××年××月××日 | | | 五十肩 | | |
| | (フリガナ) トヨス タロウ | | | | | | | | | 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 | 豊洲 太郎 | | | | | | | | | ① 本人 ② 配偶者 ③ 子 ④ その他 () | | | 五十肩 | | |
| | 平成××年××月××日生 | | | | | | | | | | | | ○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 | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------------|----------|---|---|---|------|-------|----|---------------------------|-----------------|-----------------|----|----|----|----|------|----|----|----|----|----|----|------|----|----|----|----|----|----|----|------|----|
| 施 術 内 容 欄 | 初療年月日 | | 施術期間 | | | | 実日数 | | 請求区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 令和××年××月××日 | | 自・令和××年××月××日～至・令和××年××月××日 | | | | ×日 | | 新規・③ 継続 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 () | | | | | | 転 帰 継続・治癒・中止・転医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 初検料 | | | | | | 円 | | 摘 要 ※施術管理者以外が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 | ※往療を必要とした場合に記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電療料 | | ① 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具 | | | | ×× 円× | × | 回= | ××× 円 | 往療日 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 往療料 | | 4 km まで | | | | 円× | 回= | 円 | 往療を必要とした理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 往療料 | | 4 km 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◎ | | 〇月 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | ⑧ 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | ⑮ 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | ⑳ 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | ㉑ 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。 | | 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 | | | | | | |
| | 令和××年××月××日 | | 所在地 | | 東京都江東区〇〇3-4-5 | | | | | | |
| | はり師免許登録番号 | | ×××××× | | 施術所名 | | | | | | |
| | きゅう師免許登録番号 | | ×××××× | | 月島治療院 | | | | | | |
| | | | | 施術管理者名 | | 東雲 一郎 | | 電話 | | 03-××××-×××× | |

| | | | | | | | | | | |
|------------------|---------|--|------------------------------|--|-------------|--|-----|--|-------|--|
| 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 | |
| | 日本橋 花子 | | 名称 日本橋病院 所在地 東京都中央区〇〇-2-3 | | 令和××年××月××日 | | 五十肩 | | | |

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。 令和××年××月××日

BIPROGY健康保険組合 御中

上記金額受領方を BIPROGY株式会社 に委任します。

被保険者 〒 ×××-××××

住所 東京都江東区〇〇1-1-1

氏名 豊洲 太郎 電話 03-××××-××××

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。

・在籍者は本籍会社名を記入
・任継・特例の方は記入不要

※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。)