

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 年 月 日生 | | | | | | | 1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 () | | ○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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | () 年 月 日 | | | | 自・令和 年 月 日～至・令和 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 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 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用 | | | | | | | | 円 | | | | 摘 要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | はり・きゅう | | | | 施術の種類 | | 1術 回 | | 2術 回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 通所 | | | | 円× | | 回= | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 訪問施術料 1 | | | | 円× | | 回= | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 訪問施術料 2 | | | | 円× | | 回= | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 訪問施術料 3 (3人～9人) | | | | 円× | | 回= | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 訪問施術料 3 (10人以上) | | | | 円× | | 回= | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電療料 (加算 / 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具) | | | | 円× | | 回= | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特別地域 (加算) | | | | 円× | | 回= | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 往 療 料 | | | | 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 | | 円 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術日 | 訪問1① | 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 |
| 通所 | 訪問2② | 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 往療 | 訪問3③ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | 〒 | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 令和 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B I P R O G Y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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※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。)