

## 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					腰痛症															
	(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										男					腰痛症														
平成××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														
	(令和)××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					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																													
	はり・きゅう					施術の種類					1術 回 2術 3回																			
	通所					××××円× 3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× 3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																				
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					×					○																				
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										〒×××-××××					東京都中央区月島×××														
免許登録番号 ××××××										はり師					住所 東京都中央区月島×××															
免許登録番号 ××××××										きゅう師					氏名 月島治療院 東雲 一郎 電話 03-×××-××××															
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									
	日本橋 花子					日本橋病院 東京都中央区日本橋×××					令和××年××月××日					腰痛症					×××									
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。																													
	B I P R O G Y健康保険組合 御中															令和××年 ××月 ××日														
	上記金額受領方を B I P R O G Y株式会社 に委任します。															・在籍者は本籍会社名を記入 ・任継・特例の方は記入不要														
	被保険者 〒×××-××××															住所 東京都江東区豊洲×××														
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。)