

療養費支給申請書(はり・きゅう用) (令和 2 年 10月施術分)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号番号	10-99999	被保険者名	健保 太郎	生年月日	昭平令	32年 10月 10日																							
	事業所名 (会社名)	〇〇〇〇株式会社		所属	◆◆◆◆ 部(室)課		事業所連絡先 0587-32-6661 (内線 611-5112)																							
	被扶養者が施術を受けた場合は、下記に氏名・生年月日・続柄を記入してください。																													
	氏名	健保 花子		生年月日	昭平令	36年 10月 1日	被保険者との続柄	妻																						
	傷病名	(医師の同意を受けた傷病名)				発病または負傷年月日	昭令 2年10月 2日																							
	発病または負傷原因とその経過 (いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)																													
	業務上の負傷ですか	はい・いいえ	通勤・退勤時の負傷ですか	はい・いいえ	交通事故による負傷ですか	はい・いいえ																								
	施術の期間 (支給期間:月単位)	令和 2年10月2日~2年10月25日			日数	5日	施術に要した費用の額 (月単位の額合計)	8,300 円																						
	振込先 指定口座	金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	三菱UFJ		銀行・金庫・農協	名古屋営業部			本店・支店・出張所																					
		預金の種類	1普通 2当座		口座番号	8 8 8 8 8 8 8																								
		口座名義	カタナカ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字として、左づめでご記入ください。 ケ ン ホ ° タ ロ ウ																											
	本紙(または添付)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。また、豊田合成健保組合が医療機関等の関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。 令和 2年 11月 10日 住所 愛知県稲沢市井之口町中四反畑4500番地 被保険者氏名 健保 太郎 (請求者氏名) 電話 0587-32-6661																													
鍼 灸 師 記 入 欄	初療年月日	施 術 期 間			実日数	請 求 区 分																								
	昭令 年 月 日	自令和 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 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×	回=	円	摘 要																							
	施術料	はり		円×	回=	円																								
		きゅう		円×	回=	円																								
		はり、きゅう併用		円×	回=	円																								
	往療料	電療料 1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具		円×	回=	円																								
		4kmまで		円×	回=	円																								
	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																												
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。	令和 年 月 日	住所		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																									
免許登録番号	はり師		住所																											
免許登録番号	きゅう師 氏名		電話																											
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																									

- 【添付書類】 1.領収書(原本) 【※受診者がわかるもの ※領収印があるもの】
 2.医師(主治医)の同意書。再同意は、初療の日から6ヶ月が経過する毎に医師(主治医)の同意書(原本)
 【注意事項】 1.往療がある場合は、往療を必要とした理由・往療料のわかる明細を摘要欄に記入してください。
 2.慢性病であって医師による適当な治療手段のないものが対象です。
 3.本人からの施術希望、同一疾病での医療機関・柔整・あんま・マッサージとの併給は支給対象になりません。

受付	入力	支払