

療養費支給申請書 ( 年 月分) (はり、きゅう用)

令和 年 月 日

スズキ健康保険組合理事長 殿

下記の通り領収書及び同意書を添え請求します。

|                                 |                                      |                           |   |                |                            |                         |          |
|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|---|----------------|----------------------------|-------------------------|----------|
|                                 |                                      | 事業所の名称                    |   |                |                            |                         |          |
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 被保険者証<br>記号番号                        | —                         |   | 所 属            |                            |                         |          |
|                                 | 被保険者の<br>氏名と印                        | 印                         |   | 被保険者の<br>住所・電話 |                            |                         |          |
|                                 | 資格取得<br>年月日                          | 昭和<br>平成 年 月 日            |   | 資格喪失<br>年月日    |                            |                         |          |
|                                 | 発病又は<br>負傷年月日                        |                           |   | 傷 病 名          |                            |                         |          |
|                                 | 発病又は<br>負傷の原因                        |                           |   | 傷病の経過          |                            |                         |          |
|                                 | 療養を受けた<br>者の氏名                       |                           |   | 生年<br>月日       | 昭<br>平 年 月 日               | 続柄                      |          |
| 業務上・外、第三者の行為の有無                 |                                      | 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 |   |                |                            |                         |          |
| 施<br>術<br>内<br>容<br>欄           | 初療年月日                                |                           | 施術期間  |                |                            |                         |          |
|                                 | 平成・令和 年 月 日                          |                           | 自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日   |                |                            |                         |          |
|                                 | 傷病名                                  |                           | 1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群<br>4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症<br>7. その他 ( )                   |                | 実日数                        | 日                       |          |
|                                 | 初検料                                  |                           | 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用  |                | 請求区分                       |                         |          |
|                                 |                                      |                           | 円   |                | 新規・継続                      |                         |          |
|                                 | はり                                   |                           | 円× 回= 円   |                | 転 帰                        |                         |          |
|                                 | きゅう                                  |                           | 円× 回= 円   |                | 継続・治癒・中止・転医                |                         |          |
|                                 | はり・きゅう併用                             |                           | 円× 回= 円   |                | 摘 要<br>(往療がある場合の<br>往療理由等) |                         |          |
|                                 | 電療料                                  |                           | 円× 回= 円   |                |                            |                         |          |
|                                 | 1 電気針 2 電気温灸器<br>3 電気光線器具            |                           | 円× 回= 円   |                |                            |                         |          |
| 往療料 4 km まで                     |                                      | 円× 回= 円                   |   |                |                            |                         |          |
| 加算 ( km)                        |                                      | 円× 回= 円                   |   |                |                            |                         |          |
| 費用額計                            |                                      | 円                         |   |                |                            |                         |          |
| 施術日<br>通院○<br>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 |                |                            |                         |          |
| 同<br>意<br>記<br>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<br>年 月 日                |                         |          |
| 施<br>術<br>証<br>明<br>欄           | 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。<br>令和 年 月 日 |                           |   | 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 |          |
|                                 | はり師、きゅう師                             |                           |   | 住所             |                            |                         |          |
| 免許登録番号                          |                                      | 氏名                        |   | 印 電話           |                            |                         |          |
| 有<br>・<br>無                     | 医療機関との<br>重複の有無                      | 支給決定<br>伺                 | 支給期間  |                | 支給伺                        |                         | 令和 年 月 日 |
|                                 |                                      |                           | 自 令和 年 月 日<br>至 令和 年 月 日 日間   |                | 支給日                        |                         | 令和 年 月 日 |
|                                 |                                      | 支給金額                      |   | 円              |                            | 担当                      | 課長       |

記入事項を訂正される際は、二重線で抹消し正しい内容を記入してください。押印の省略可能ですが、記入内容誤りが判明した場合は書類をお返しし訂正していただきます。②ヶ所に押印いただいた場合は健保での訂正・補記が可能です。

給付金の支払いは、健保組合に登録されている口座への振り込みとなります。解約された方・登録されていない方は、裏面に被保険者名義の口座を記載してください。