# 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 | | | | |
| 被保険者記入欄 | 被保険者等記号・番号 | ― | 所属 | |
| | 被保険者の氏名と印 | 印 | 被保険者の住所・電話 | 〒　　TEL |
| | 資格取得年月日 | 昭・平 令　　年　　月　　日 | 資格喪失年月日 | 令和　　年　　月　　日　印 |
| | 発病又は負傷年月日 | | 発病又は負傷の原因 | |
| | 療養を受けた者の氏名 | | 生年月日 | 昭 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 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 施術内容欄 | 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　4．五十肩　5．腰痛症　6．頸椎捻挫後遺症　7．その他（　　） | 実日数 | 日 |
| | | 請求区分 | 新規・継続 |
| | 初検料　1はり　2きゅう　3はりきゅう併用 | 円 | 転帰 |
| | | | 継続・治癒・中止・転医 |

| 施術料 | 施術の種類　1術　回　2術　回 | | 摘要 |
|---|---|---|---|
| | 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（3～9人） | 円×　回＝　円 | |
| | 訪問施術料3（10人以上） | 円×　回＝　円 | |
| | 電療料 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具 | 円×　回＝　円 | |
| 往療料 | | 円×　回＝　円 | |
| 施術報告書交付料 | | 円×　回＝　円 | |
| 合計 | | 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 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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。<br>令和　　年　　月　　日<br>はり師、きゅう師<br>免許登録番号 | 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 |
| | | 住所 | |
| | | 氏名 | 印 電話 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 支給決定伺 | 支給期間 | 自 令和　年　月　日<br>至 令和　年　月　日　日間 | 担当 | 事務長 | 常務理事 |
| 医療機関との重複の有無 有・無 | 支給金額 | 円 | | | |

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。