

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		

支給支払決議書			
理事長	常務理事	事務長	担当者
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支払年月日	年	月	日

支給期間	自	年	月	日
	至	年	月	日
				日間

被保険者 療養費支給申請書 (はり、きゅう用)
被扶養者

① 被保険者証の記号・番号	記号	②被保険者の	氏名	昭和・平成	年	月	日	
	番号	生年月日	昭和・平成	年	月	日		
③ 被保険者の現住所	〒 - 電話 ()							
④ 事業所名称								
⑤ 被扶養者が施術を受けた場合は、下の欄に氏名、生年月日、続柄を記入してください。								
氏名		生年月日	昭和・平成	年	月	日	被保険者との続柄	
⑥ 傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)	<input type="checkbox"/> 神経痛	<input type="checkbox"/> リウマチ	<input type="checkbox"/> 頸腕症候群	<input type="checkbox"/> 五十肩				
	<input type="checkbox"/> 腰痛症	<input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症	<input type="checkbox"/> その他()					
⑦ 発病または負傷年月日	令和 年 月 日							
⑧ 発病・負傷の原因および経過								
⑨ 第三者によるものですか	はい ・ いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。							
⑩ 業務中に発生したものですか	はい ・ いいえ							
⑪ 施術を受けた施術所	名称							
	所在地							
⑫ 施術を受けた日 (○をつけて下さい)	年月	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	【 日間】					
		※暦月単位で1月につき1枚の申請が必要となります。						
⑬ 再同意方法 (同意書がない場合)	チェック	<input type="checkbox"/> 受療者	・電話(月 日)	※日付記入				
		<input type="checkbox"/> 家族	・診察日に口頭(月 日)で同意を得た。					
		<input type="checkbox"/> はり師	・電話(月 日)	※日付記入				
		<input type="checkbox"/> きゅう師	・文書(月 日)で同意を得た。					
※ 同意医師へ確認させていただく場合もありますので、正確にご記入ください。								

記に金入委額し任の受領をさき業い	本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。
	令和 年 月 日
	被保険者(請求者) 氏名 _____
	委任された者の 事業所名称 _____
	事業所所在地 受任者氏名 _____

施術内容証明書 (はり、きゅう用)

(令和 年 月分)

① 被保険者の記号・番号	記号	②受療者の	氏名	本人	
	番号	生年月日	昭和・平成	令和 年 月 日	家族
初療年月日		施術期間		実日数	請求区分
年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日		日	新規・継続
傷病名	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他()				転帰 継続・治癒 中止・転医 適用
初検料	<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> はり、きゅう併用				円 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____
③ 施術内容欄	1. はり	円 × 回 =	円	※往療を必要とした場合に記入 往療日 日	
	2. きゅう	円 × 回 =	円		
	3. はり、きゅう併用	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	※往療を必要とした場合に記入
	往療料	4kmまで	円 × 回 =	円	往療日 日
往療料	4km超	円 × 回 =	円	往療を必要とした理由 _____	
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			
④ 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。 令和 年 月 日 施設の所在地 はり師、きゅう師 名称 _____ 氏名 _____ 電話 _____ はり師 免許登録番号 () きゅう師 免許登録番号 ()				
⑤ 同意記録	同意医師名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
			年 月 日		
	再同意医師名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
		年 月 日			

【添付書類】 ◎領収書(原本) ◎医師の同意書(原本) ◎施術報告書の写し(再同意時)
◎往療状況確認票(往療時) ◎1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(該当時)
(医師の同意書は、初療日または医師の同意日から6カ月の施術に対して有効となります。
有効期限後の施術分には、医師の再同意書を添付してください。)

【注意事項】 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。
(本人からの施術希望、医療機関で治療中の傷病等は支給対象にはなりません。)