

支給決議書	支給年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務局長	リーダー	担当者	
	支給額									
	支給内訳	法定				備考	支給期間 日間			
		付加								

療養費支給申請書(平成30年10月分) (はり・きゅう用) 第1回目

*添付書類;領収書、同意書(1回目申請時及び、一同意における支給可能期間を超えて更に施術を受けるとき)

被保険者欄	被保険者証の記号番号	記号	11	フリガナ	ケンボ タロウ	性別	男	続柄	本人	療養を受けた者の生年月日	昭平22年12月2日生
		番号	12345	療養を受けた者の氏名	健保 太郎		女				
発病又は、負傷の原因及びその経過 (原因については、各自の思い当たることをご記入下さい) 経過											
不詳 順調に回復											
発病又は負傷の年月日は平成25年2月頃日で、その負傷等は(1,業務上 2,第三者行為 3,その他)である											

施術内容欄	初めて施術を受けた年月日	平成30年10月22日	施術(通院)の期間	平成30年10月22日から平成30年10月30日までの	実日数	3日	(実際の施術日は、下記表に○、◎を記入)	請求区分	新規・継続		
	傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ症 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛							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						1,610円	
	施術料	はり	1,540円	×	3回	=	4,620円				
		きゅう		円	×	回	=	円			
		はり・きゅう併用		円	×	回	=	円			
		電療料(電気針・電気温灸器・電気光線器具)	30円	×	3回	=	90円				
	往療料	4kmまで		円	×	回	=	円			
	往療料	4km超		円	×	回	=	円			
	施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)			円	×	回	=	円			
費用額合計								6,320円			

施術日	通院○往療◎	10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			
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を徴収いたしました。			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
	平成	年	月	日	はり師・きゅう師	所在地〒
	免許登録番号(はり師)			氏名		
	免許登録番号(きゅう師)			氏名		

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いたします。					
	平成	30年	11月	1日	申請者(被保険者)	住所 〒144-0000 大田区羽田空港0-0-0
	日本航空健康保険組合 理事長 殿			氏名	健保 太郎	自宅tel 03-5640-0000 捺印してください 勤務先tel 03-3747-0000

同意記録	(再)同意医師の氏名	(再)同意医師の住所	(再)同意年月日	傷病名	要加療期間
	日航 花子	東京都大田区大森0-00	平成 30年 10月 20日	腰痛症	~

委任状	上記により支給される療養費の受領に関することを下記の者に委任します					
	所在地	事業主証明印を、事業所健保窓口にて押印してください				受付日付印
	事業所名称	被保険者の署名・捺印が必要です				特例退職(保険証記号30)及び、任意継続(保険証記号19)の方は記入不要
	事業主名称印					
	(委任者氏名印)					

* はり・きゅう師より記入いただきます。