

支給決議書	支給年月日	令和 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				
		付加				
備考			支給期間 日間			

療養費支給申請書(令和 3年 1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 番号 12345	フリガナ ケンボ タロウ 療養を受けた者の氏名 健保 太郎	性別 男 続柄 本人	傷病名
	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
	発病又は負傷の年月日は令和 2 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				経過 順調に回復

施術内容欄	初めて施術を受けた年月日	令和 3 年 1 月 22 日	施術(通院)の期間	令和3年1月1日から 令和3年1月31日までの	実日数	3日	請求区分	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		
	初検料	1. はり	2. きゅう	3. はり・きゅう併用	1,770 円			
	施術料	はり	1,550 円 × 3 回 =		4,650 円			
	費用額合計					6,450 円		

施術日	通院○往療◎	1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。		
申請欄	令和 年 月 日 住所 〒 144-0000 大田区羽田空港0-0-0		

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・令 2年 12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 事業所 名称 事業主名称印 (委任者氏名印)	事業所健保窓口にて、事業主証明を いただいでください 被保険者の署名が必要です

\* はり・きゅう師より記入いただいでください。