

被保険者 療養費支給申請書 【はり・きゅう用】 (令和 年 月分) 第 回目
 家 族

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号・番号	療養を受けた者の氏名	フリガナ	男・女	続柄(被扶養者の場合)	生年月日
	-					昭・平・令 年 月 日
	発症または負傷年月日	傷病名			業務上・外、第三者行為の有無	
	令和 年 月 日				1.業務上 2.第三者行為である 3.その他	
	発症または負傷の原因、およびその経過、はり・きゅう受療の経緯					

施 術 内 容 ・ 証 明 欄 (記 入 ま た は 添 付)	初療年月日	施術期間			実日数	請求区分	
	令和 年 月 日	自令和 年 月 日 ~至 令和 年 月 日			日	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 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				摘 要	
	施術料	はり		円×	回=	円	
		きゅう		円×	回=	円	
		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	
	往療料	4 km まで		円×	回=	円	
		4 km 超		円×	回=	円	
施術報告書交付料(前回支給:平成 年 月分)			円×	回=	円		
費用額計			円				
施術日 月 通院○ 往療◎ 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 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 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 令和 年 月 日 施術所名 免許登録番号 所在地 〒 免許登録番号 きゅう師 氏 名 印 TEL							

医 師 同 意 書 (記 入 ま た は 添 付)	患者氏名	生年月日	発病(初診)年月日	
		昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 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 ()		要加療期間
	注意事項等(施術にあたって注意すべき事項等があればご記入ください) [任意]			同意区分 初回の同意・再同意
	上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。			診察日 令和 年 月 日
令和 年 月 日 保険医療機関名 所在地 〒 保険医氏名 印 TEL				

被 保 険 者 記 入 欄	上記(または添付)の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。			
	令和 年 月 日	所属 住所 〒	被保険者 (申請者)	氏 名 印
	カゴメ健康保険組合 理事長 殿			
振込指定口座(被保険者本人名義に限る)		銀行	支店	普通預金 No.

(注意事項) * 各申請者毎、施術月毎(1ヶ月単位)に、申請書1枚を提出してください。
 * 施術を受けるごとに発行される領収証原本を全て添付してください。
 * 初療(初診)時、およびその後6ヶ月毎に医師同意書の提出が必要です。

健 保 使 用 欄	支給金額	支給期間	備考	常務理事	事務長	担当者
	円	~				