

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	ケンボ ハナコ 男 妻	続柄(被扶養者の場合)	生年月日
	10 - 1234	健保 花子	女	妻	昭 57 年 8 月 1 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 03 年 4 月 10 日	腰痛症	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					
運動中に腰を傷め整形外科受診したところ、鍼を勧められて施術を受けている。徐々に痛みが軽くなっている。					

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	はり師・きゅう師に記入を依頼してください。			止・転医	
	初検料					
	施術料					
	往療料					
	施術日					
	1 2					
	上記の					
	令和					
免許登録番号	はり師 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
	傷病名	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
	注意事項	診察を受けた医師に記入を依頼してください。 または、「同意書」の交付を受け、 原本を貼付してください。	
	上記の者	保 険 医 氏 名	
令和	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 03 年 5 月 5 日	所 属	000	
	カゴメ健康保険組合 理事長 殿	被保険者 (申請者)	住 所	〒100-2345 名古屋市〇〇区△△町1-2
	振込指定口座(被保険者本人名義に限る)	氏 名	健 保 太 郎	印
〇〇銀行 △△△ 支店		普通預金 No.	123456	

- (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	健保使用欄です。	当 者
-----------------------	---	----------	--------