

| | | | | | | |
|---------------|-----------|-------|---------|-------|-----|-----|
| 健保 使用 欄 | 受 付 年 月 日 | 年 月 日 | 常 務 理 事 | 事 務 長 | 係 員 | 係 員 |
| | 資 格 取 得 日 | 年 月 日 | | | | |
| | 資 格 喪 失 日 | 年 月 日 | | | | |
| | 支 給 年 月 日 | 年 月 日 | 支 給 額 | 円 | | |

豊田通商健康保険組合御中

被保険者・被扶養者 療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

| | | | | |
|--|--------------|-----------|----------------------------|-------|
| 被 保 險 者 記 入 欄 | ○被保険者証等の記号番号 | ○受療養者氏名 | ○続柄 | ○生年月日 |
| | — | | | 年 月 日 |
| | ○傷病名 | ○発症・負傷年月日 | ○業務上、第三者行為の有無 | |
| | | 年 月 日 | 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. 該当なし | |
| | ○傷病の原因及びその経過 | ○施術に要した費用 | | |
| | | | | 円 |
| <p>① 給付金の受領は事業主に委任します。ただし、任意継続被保険者は健保組合に届出されている銀行口座へ振込します。</p> <p>② 本療養費の支給に際し、貴組合が関係諸機関に照会することに同意します。</p> <p>※上記に同意できない場合は、健保組合までご連絡ください。</p> <p>年 月 日 住 所 被保険者氏名 電 話 番 号</p> | | | | |

| | | | | |
|--|------------------------------|--|---|--------------------|
| 施 術 内 容 ・ 証 明 欄 (施 術 者 記 入 欄) | 初 療 年 月 日 | 施 術 期 間 | 実 日 数 | 請 求 区 分 |
| | 年 月 日 | 自・ 年 月 日～至・ 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) | | 円 | 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 | |
| | 往 療 料 | 4 km 超 | 円× 回= 円 | |
| | 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分) | | 円× 回= 円 | |
| | 合 計 | | 円 | |
| | 一 部 負 担 金 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割) | | 円 | |
| | 請 求 額 | | 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 | |
| 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 | |
| 年 月 日 施術所 | | 所在地 | 電話 | |
| はり師免許登録番号 _____ | | 氏 名 | 電話 | |
| きゅう師免許登録番号 _____ 施術管理者 | | 氏 名 | 電話 | |
| 同意 記録 | 同意医師の氏名 | 住 所 | 同意年月日 | 傷 病 名 |
| | | | 年 月 日 | 要加療期間 |

【添付書類】 ①医師の同意書 (原本) ※同意日から6か月の施術に対し有効 ②領収書 (原本) ※領収印があるもの
③施術報告書 (写) ※施術報告書交付料が算定されている場合 ④往療状況確認表 ※往療料が算定されている場合
【提出先】 被保険者 (本人) → 豊田通商健康保険組合