

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 — (本 人)— 記 入 欄	被保険者証等の記号・番号		フリガナ			事業 所名		
			被保険者 氏 名					
	被扶養者の 申請の場合 その者の氏名	フリガナ	男 ・ 女	続柄	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	生
	傷 病 名				傷病または 負傷の年月日	平成 令和	年 月 日	
	発症又は負傷の原因及びその経過						受 付	
	業務上・外、第三者行為の有無		1.業務上 2.第三者行為 3.その他 ()					
	施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)							
	振 込 先	銀行名	銀行	支店	口座区分	普通・当座		
		口座名義 (被保険者)			口座番号			
	申 請 欄	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
	住 所 〒				電 話			
	氏 名	玩具人形健康保険組合理事長 殿						
	(被保険者)							

施 術 内 容 ゆ う 師 記 入 欄	初 療 年 月 日	施 術 期 間		実日数	請 求 区 分																												
	平成 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.頰腕症候群 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・きゅう	施術の種類	1術 回	2術 回																												
		通所		円×	回=		円																										
		訪問施術料 1		円×	回=		円																										
		訪問施術料 2		円×	回=		円																										
		訪問施術料 3 (3人~9人)		円×	回=		円																										
		訪問施術料 3 (10人以上)		円×	回=		円																										
電療料 (加算/1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)			円×	回=	円																												
特別地域 (加算)			円×	回=	円																												
往 療 料			円×	回=	円																												
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)			円×	回=	円																												
費 用 総 額 計				円																													
施術日	訪問1①	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	
通所○	訪問2②																																
往療◎	訪問4③																																
○往療又は訪問の理由 (1.独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2.認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3.その他 ())																																	
施 術 証 明 欄	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	所 在 地 〒																											
	登録記号番号			電 話																													
				氏 名		玩具人形健康保険組合理事長 殿																											
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同 意 年 月 日		傷 病 名		要加療期間																								
					令和 年 月 日																												

※1ヶ月ごと記入してください。

同意書

（はり及びきゅう療養費用）

患者	住所			
	氏名			
	生年月日	昭・平・令	年	月　日
病名	<ol style="list-style-type: none"> 1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群（または「3. 頸肩腕症候群」） 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 （　　　　　　　　　　） <p style="margin-left: 20px;">※ 1～6は、あてはまるものに○をつけて下さい。 7は、慢性的な疼痛を主訴とする疾病で鍼灸の施術に同意する病名を記載下さい。</p>			
発病年月日	昭・平・令	年	月	日
同意区分	初回の同意 ・ 再同意 （○をつけて下さい）			
診察日	令和	年	月	日
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい（任意）			

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。

玩具人形健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

保 険 医 療 機 関 名

所 在 地

保 険 医 氏 名

※保険医が、当該疾病について診察の上で同意書を交付する必要があります。

保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。