

療養費支給申請書（ 年 月分） はり・きゅう用

※被保険者等記号番号または個人番号を記入してください

令和 年 月 日提出

被保険者記入欄	被保険者等 記号・番号	記 号	番 号	被保険者 氏名（自署）																													
	個人番号																																
	社員番号																																
	被保険者 （請求者）住所	〒 -													電話（ ）																		
	療養を 受けた者 の氏名	フリガナ		続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日																								
		男・女																															
	発病又は 負傷年月日	令和 年 月 日		傷病名																													
発症又は負傷の原因及びその経過				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																													
支払金融機関	※被保険者名義の口座を必ずご記入ください																																
	金 融 機 関 名			預金の種類	口座番号																												
	銀行			本店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座	口座名義（カナ） （被保険者名義）																											
施 術 内 容 欄	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				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																												
	合 計		円																														
一部負担金（ 1 割 ・ 2 割 ・ 3 割 ）		円																															
請 求 額		円																															
施 術 証 明 欄	施術日 訪問1① 通所○ 訪問2② 往療◎ 訪問3③	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
	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				〒																												
同 意 記 録	施術所 所在地 名 称																																
	登録記号番号				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				要加療期間																				
					令和 年 月 日																												

SUMI グループ健康保険組合

受付目付印