

常務理事	事務長	係

鈴与健康保険組合 御中

療養費支給申請書（令和6年10月分）（はり・きゅう用）

被 保 険 者 欄	○被保険者の記号—番号			事業所名称				○×△□株式会社																				
	1	2	3	—	4	5	6	7	8	被保険者の氏名		傷病名		腰痛症														
	(フリガナ) ケンポ タロウ									健保 太郎		男		発症又は負傷年月日		令和3年4月1日												
	(フリガナ) ケンポ ハナコ									健保 花子		女		発症又は負傷の原因及びその経過		医師による腰痛の治療を受けていたが痛みが緩和されないことから、医師の同意により針治療に変更した。												
施 術 内 容 欄	療養を受けた者の氏名			続柄				○業務上・外、第三者行為の有無																				
	昭平・令32年3月11日生									妻		1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()																
	初療年月日									施術期間				実日数				請求区分										
	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				転 帰												
												5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()				継続・治癒・中止・転医												
初検料												円				摘 要												
1 はり 2 きゅう 3 はり・きゅう												回																
通所												円																
訪問施術												円																
訪問施術												円																
訪問施術												円																
訪問施術												円																
電療料 (加算 / 1 電気針)												円																
特別地域 (加算)												円																
往療料												円																
施術報告書交付料 (前回)												円																
費用額計												円																
施術日												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																
訪問1 ①																												
通所 ②																												
往療 ③																												
月																												
○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	同意医師の氏名												住 所				同意年月日				傷 病 名				要加療期間			
	〇〇医院 山田 一郎												△市□区〇〇〇町××番地□号				令和6年9月10日				頸腕症候群				R6.9～R7.2			

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

令和6年11月1日

申請者 住所 △市□区〇〇〇町××番地×
(被保険者) 氏名 健保 太郎
代理人 住所 □市□区〇〇町××番地
(事業主) 氏名 ○×△□株式会社

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。