

療養費支給申請書（令和6年11月分）（はり・きゅう用）

被 保 険 者 欄	○被保険者等記号番号								○発病又は負傷年月日				○傷病名（医師の同意を受けた傷病名）			
	令和6年10月1日								リウマチ							
	(フリガナ) ケンボ ハナコ								続柄				○発症又は負傷の原因及びその経過			
	施術を受けた者の氏名 健保 花子								1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他				○業務上・外、第三者行為の有無			
昭・平 年 月 日生								1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他								
施 術 内 容 欄	初療年月日				施術期間				実日数		請求区分					
	平成 年 月 日				自・平成 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								円		摘要					
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用										※施術管理者以外が施術した場合に記入					
	施術料								円 × 回 = 円		施術者氏名					
	はり										施術日 . . . 日					
	きゅう															
	はり・きゅう併用															
	電療料								円 × 回 = 円		※往療を必要とした場合に記入					
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具										往療日 . . . 日						
往療料				4 km まで				円 × 回 = 円		往療を必要とした理由						
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								
費用額計								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												
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								所在地							
	はり師免許登録番号								施術所名							
	きゅう師免許登録番号								施術者名		電話					
申 請 欄	上記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6年12月12日 〒143-0016															
	被保険者 住所 東京都大田区大森北 2-13-11															
	ディスコ健康保険組合理事長 殿 (請求者) 氏名 健保 太郎 電話 03-4590-116															
給付金の受領について（どちらかに記入下さい）																
■ 1. 在職中の方				事業主に委任します。 令和6年12月12日												
				被保険者氏名 健保 太郎												
□ 2. 資格喪失後の方（振込口座記入）				銀行						支店						
				口座番号（普通）						口座名義（カタカナ）						
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									

<記入にあたっての注意事項>

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

<その他添付書類（該当する場合）>

□医師の同意書（原本） □施術報告書（写し） □往療状況確認表 □1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書