

療養費支給決定何		業務部長	給付課長	審査	支所長	係
支給決定額						
療養期間	自	年	月	日	決定年月日	
	至	年	月	日	平成	年 月 日
支払日	平成	年	月	日	資格	取得年月日
						喪失年月日

本所受付

支所受付

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (はり・きゅう)
被扶養者

(月分、第 回)

被 保 険 者 欄	被保険者証 記号・番号		被保険者氏名			住 所																									
			印																												
	療養を受けた者の氏名		性別	生年月日	続柄	業務上・外・第三者行為の有無																									
			男・女	大・昭・平 年 月 日生		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																									
傷病名		発病または負傷年月日		発病又は負傷の原因及びその経過																											
		年 月 日																													
施 術 内 容 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. 頸椎捻挫症候群			左記の傷病の初診年月日																									
						年 月 日																									
	初回	1. はり 2. はり(電気針併用) 3. きゅう 4. きゅう(電気温灸器併用) 5. はり、きゅう併用 6. はり、きゅう併用(電気針・電気温灸器併用)					摘 要																								
			円																												
	2回目以降	はり		円× 回=		円																									
			はり(電気針併用)		円× 回=		円																								
			きゅう		円× 回=		円																								
			きゅう(電気温灸器併用)		円× 回=		円																								
		はり、きゅう併用		円× 回=		円																									
		はり、きゅう併用(電気針・電気温灸器併用)		円× 回=		円																									
往 療 料		円× 回=		円																											
加 算 (km)		円× 回=		円																											
合 計		円		円																											
施 術 日	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																													
	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																													
	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																													
	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																													
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。 年 月 日 はり師・きゅう師 住所 氏名 印 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。 年 月 日 申請者 住所 長野県農協健康保険組合理事長殿 氏名 印 電話																														
委 任 欄	上記の金額の受領方を事業主 名称 氏名 殿に委任します。																														
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																						
同意医師の氏名		住 所		同意年月日		傷病名		要加療期間																							

記入上の注意

1. 施術内容欄の傷病名、初回の施術内容については、該当する項目を○で囲み、また、初回請求の際は医師の施術同意書を添付してください。
2. 「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項を記入してください。
3. 初療の日から3ヶ月を経過した時点における同意書は、実際に医師から同意を得ている場合は添付せず、同意記録欄の記載に変えることも可。

