療養費支給申請書(　　年　　月分)[はり・きゅう用]

受療者欄	被保険者証の記号・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)
	ー	年　　月　　日	

施術を受けた者の氏名	(フリガナ) 男・女 年　月　日生	続柄	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

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(部位:　　)　2.リウマチ　3.頸腕症候群(部位:　　)　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	円×　回=	円	
	施術料　きゅう	円×　回=	円	
	施術料　はり・きゅう併用	円×　回=	円	
	施術料　電療料 1電気針　2電気温灸器　3電気光線器具	円×　回=	円	
	往療料　4kmまで	円×　回=	円	
	往療料　4km超	円×　回=	円	
	施術報告書交付料(前回支給:　年　月分)	円×　回=	円	
	合　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
	年　月　日	所在地	
	免許登録番号 ＿＿＿＿＿＿ はり師	施術所名	
	免許登録番号 ＿＿＿＿＿＿ きゅう師	施術管理者名	㊞　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
			年　月　日		

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	被保険者(申請者)	住所
	西日本パッケージング健康保険組合　様		氏名　㊞　電話　(　　)

振込口座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	(フリガナ)	(フリガナ)	普通 当座 その他(　　)		(フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(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。ただし、代理人は被保険者(申請者)の被扶養者に限ります。

委任欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
		被保険者(申請者)との関係　(　　)
	年　月　日	住所
	住所	電話　(　　)
	被保険者(申請者)　氏名　㊞	代理人　氏名　㊞

被保険者の個人番号記載欄 (被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です)	個人番号											

受付年月日

◎　添付書類

1. 領収書(全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるもの)
2. 同意書(初回、再同意(6か月毎))
3. 施術報告書の写し(該当する場合のみ)
4. 往療状況確認表(該当する場合のみ)
5. 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(該当する場合のみ)