

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号						○発病又は負傷年月日			○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)		
	年 月 日						年 月 日					
	(フリガナ)						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						男・女			1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()		
年 月 日生									○業務上・外、第三者行為の有無 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					
	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		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 はりきゅう併用					※施術管理者以外の施術した場合に記入 施術者氏名 _____					
	施 術 料	はり	円×	回=	円	施 術 日 日					
		きゅう	円×	回=	円						
		はり・きゅう併用	円×	回=	円						
		電療料	円×	回=	円						
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具					※往療を必要とした場合に記入 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					
	年 月 日				所在地						
	はり師免許登録番号 _____				所在地						
	きゅう師免許登録番号 _____				施術所名						
				施術管理者名		☎ 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。					
	年 月 日		〒 -			
同 意 記 録	神奈川県自動車販売健康保険組合理事長 殿		被保険者 住 所		(請求者)	
	氏 名		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	
			年 月 日			

委 任 状

給付金の受領を下記の者に委任します。 年 月 日

被委任者 住所 _____

氏名 _____ ☎ _____

申 請 者 _____

(被保険者) 氏名 _____ ☎ _____