

支給決定伺						*ケンポ記入欄	
支給金額	金	円	支給期間	R . . . 日	取得	S H . . . R	
				喪失	R . . .		
経伺	常務理事	事務長			担当者		
						備考 本・六・家・高一・高7	

被保険者 療養費支給申請書 【はり・きゅう用】 (R 年 月分)

被保険者欄	被保険者証の記号・番号	療養をフリガナ	男	続柄	生年月日
	-	受けた者の氏名	女		S・H・R 年 月 日生
	発症または負傷年月日	傷病名		業務上・外、第三者行為の有無	
	H・R 年 月 日			1.業務上 2.第三者行為である 3.その他	
発症又は負傷の原因及びその経過、はり・きゅう受療の経緯(できるだけ詳しく)					

施術内容・証明欄	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
	H・R 年 月 日	自 R 年 月 日 ~ 至 R 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	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	
		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		円 × 回 = 円	
	往療料	4kmまで	円 × 回 = 円	
4km超		円 × 回 = 円		
施術報告書交付料(前回支給 : 年 月分)		円		
合 計		円		

施術日 月 通院○ 往療◎
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

上記の通り施術を行い、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.出張専門施術所所在地

令和 年 月 日 施術所名
 免許登録番号 _____ はり師 所在地 〒 -
 免許登録番号 _____ きゅう師 氏名 印 TEL

上記(または添付)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。
 住所 〒 -
 令和 年 月 日 被保険者氏名 印 TEL
 大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿 (申請者 自署)

【在職者のみ記入】 上記金額の受領を _____ に委任します(会社名を記入) 所属事業所 確認印
 【退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)】
 金融機関名 銀行・信用金庫 支店 / 1.普通 2.当座(いずれかに○)
 口座番号 口座名義人 (カタカナで記入)

●添付書類や支給要件等を、事前に大同健保ホームページでご確認のうえ申請してください。

*ゆうちょ銀行に振込希望の場合、支店名は漢数字3桁を、口座番号は振込専用7桁の番号を記入してください。

大同健保