

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	
	常務理事	事務長		担当者	喪失	R . .	
経伺					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 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)			施術した場所(入居施設や住所地特例等、健保届出と異なる場合に記載)																											
施術内容・証明欄	初療年月日	施術期間			実日数	請求区分																								
	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・きゅう	施術の種類	1術 回	2術 回																									
		通所		円× 回=	円																									
		訪問施術料 1		円× 回=	円																									
		訪問施術料 2		円× 回=	円																									
		訪問施術料 3(3~9人)		円× 回=	円																									
	訪問施術料 3(10人以上)		円× 回=	円																										
	電療料(加算/1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具)		円× 回=	円																										
	特別地域(加算)		円× 回=	円																										
	往療料		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	月	通所○	往療◎	訪問1①	訪問2②	訪問3③																								
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
往療または訪問の理由(1.独歩による交通機関を使つての外出困難 2.認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3.その他( ) )																														
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																										
被保険者欄	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。																													
	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)																													
【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。