

記入例

健康保険被保険者(被扶養者)療養費支給申請書[はり・きゅう]

被保険者が記入するところ	被保険者等 記号番号	記号 10	番号 1234	コーポレートID 12345678	生年月日 昭和 平成 令和 47 年 10 月 12 日																											
	被保険者 氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎																														
	被保険者 住所	〒105-0023 東京都港区芝浦1-2-3 電 話 03 (1234) 5678																														
	事業所名	〇〇〇〇株式会社	部署名	△△△△部署																												
	受診者	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	被保険者との 続柄 本人	生年月日 昭和 平成 令和 47 年 10 月 12 日																												
	発病の 原因及び 経過	不明		発病または 負傷年月日 平成 令和 1 年 5 月 22 日																												
	交通事故等 第三者が原因	いいえ ・ はい		第三者が原因の 場合はその状況																												
施術者が記入するところ	初療年月日 () 年 月 日	施 術 期 間 自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日			実日数 日	請 求 区 分 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)					摘 要																										
	施 術 料	はり・きゅう	この欄は、はり師きゅう師に記入を依頼してください。																													
		通所																														
		訪問施術料 1																														
		訪問施術料 2																														
		訪問施術料 3(3人)																														
	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																														
	合 計	円																														
施術日	訪問1①	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
通所〇 訪問2②	月																															
往療◎ 訪問3③																																
〇往療又は訪問の理由(1. 独歩による公共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())																																
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																											
	令和 年 月 日 登録記号番号	施 術 所		所在地 名 称 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																										
				令和 年 月 日																												
振込先情報	振込先口座については以下の通りです。 ①在籍者は会社の給与振込口座へ ②任意継続者は給付金振込先口座へ ③退職者は支給時に確認			健 保 記 入 欄	支 給 額	円																										

令和 年 月 日提出
受付日付印

【提出先】

〒105-0023

東京都港区芝浦1-1-1 BLUE FRONT SHIBAURA TOWER S 17階

シミックグループ健康保険組合 宛