

支給金額	円
支給期間	平成 年 月 日～
	平成 年 月 日 日間

常務理事	事務長	担当

被保険者 療養費支給申請書 【はり・きゅう用】 (年 月分) 第 回目
被扶養者

被保険者欄	被保険者証の記号・番号	療養をフリガナ	男・女	続柄(被扶養者の場合)	生年月日
	-	受けた者の氏名			昭・平 年 月 日
	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	
	平成 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					

施術内容・証明欄 (記入または添付)	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分	
	平成 年 月 日	自平成 年 月 日～至平成 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	
	初回	1.はり 2.はり(電気針併用) 3.きゅう 4.きゅう(電気温灸器併用) 5.はり、きゅう併用 6.はり、きゅう併用(電気針・電気温灸器併用)		継続・治癒・中止・転医 摘要	
	2回目以降	はり	円×	回=	円
		はり(電気針併用)	円×	回=	円
		きゅう	円×	回=	円
		きゅう(電気温灸器併用)	円×	回=	円
		はり・きゅう併用	円×	回=	円
		はり・きゅう併用(電気針・電気温灸器併用)	円×	回=	円
	往療料 2kmまで	円×	回=	円	
	加算 (km)	円×	回=	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。 平成 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					

医師同意書 (記入または添付)	患者氏名	生年月日	発病(初診)年月日
		昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
	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 ()	
	症状 (これまでの経過と見通し)	要加療期間 往療の必要性について 1.必要とする 2.必要としない	
上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。			
平成 年 月 日 保険医療機関名 所在地 〒 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。		
	平成 年 月 日	住所 〒	
		被保険者 氏名	印
愛知製鋼健康保険組合 理事長 殿 (申請者)			

上記金額の受領を 〃 に委任します。

- (注意事項) ○ 各施術月毎(1ヵ月毎)申請者毎に、申請書1枚を提出下さい。
 ○ 施術を受けるごとに発行される領収証原本を全て添付下さい。
 ○ 初療(初診)時、及びその後3ヶ月毎に医師同意書の提出が必要です。
 保険給付を受ける権利の時効(消滅期間)は2年間です。
 給付金は「医療費のお知らせ及び保険給付決定通知」でご確認下さい。
 ・愛知製鋼側の方は給与上乗せ ・他事業所の方は届出されている口座振込

領収書確認

--