支給金額	円
記入例	年　月　日～ 年　月　日　日間

常務理事	事務長	担当

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書 【はり・きゅう用】（　年　月分）　第　回目

被保険者欄

被保険者証の記号・番号	療養を受けた者の氏名	フリガナ	男・女	続柄（被扶養者の場合）	生年月日
12 － 345678		ケンポ　ハナコ 健保　花子	女	妻	昭・平　35年　5月　10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　25年　10月　10日	五十肩	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
（原因については、各自が思い当たることをご記入下さい）
寝室の掃除をしていたら、肩が痛み出した。 整形外科を受診し、鍼灸の治療を勧められて治療を始めた。 痛みは徐々に和らぐも、通院中。

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：継続・治癒・中止・転医

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）　円

摘　要

2回目以降：はり　円×　回＝　円
はり（電気針併用）
きゅう
きゅう（電気温灸器併
はり・きゅう併用
はり・きゅう併用（電気

往療料　2kmまで
加算（

合　計　円

はり師・きゅう師に記入を依頼して下さい

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

要加療期間

症状（これまでの経過と見通し）

必要性について
要とする　2.必要としない

ご担当医師に記入を依頼して下さい
（または、「同意書」原本を添付下さい）

上記の者については、頭書の疾病
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 25 年 11 月 5 日
愛知製鋼健康保険組合　理事長　殿

被保険者（申請者）
住所　〒 ○○○－◎◎◎◎　東海市○○区□□町△△－××
氏名　健保　太郎　健保　印

上記金額の受領を　に委任します。

領収書確認

（注意事項）
○ 各施術月毎（1カ月毎）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㈱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