

療養費支給申請書(年 月分) (はり・きゅう用)

受 療 者 欄	被保険者証の記号番号		発病又は負傷年月日		傷病名		
	-		平成・令和 年 月 日				
	療養を 受けた者の 氏名	男 ・ 女		続柄	発症又は負傷の原因及びその経過		
		昭和・平成・令和 年 月 日 生			業務上・外、第三者行為の有無 1.業務上 2.第三者行為である 3.その他		
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間		実日数		
	平成・令和 年 月 日		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		日		
	傷病名		1.神経痛(部位:) 2.リウマチ(部位:) 3.頸腕症候群(部位:)		転 帰		
			4.五十肩(右・左) 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他()		継続・治癒・中止・転医		
	初検料				摘 要		
	1 はり 2 きゅう 3 はり・きゅう併用				円		
	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
		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			
往療料		4km超		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 通院○ 往療◎				月			
		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					
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						
	免許登録番号 _____ はり師 住所		免許登録番号 _____ きゅう師 氏名		電話 () - _____		
同 意 記 録	同意医師の氏名		住所		同意年月日		
					平成・令和 年 月 日		
申 請 欄	上記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 住所		(申請者) 氏名		大阪織物商健康保険組合理事長 様		
振 込 口 座	金融機関名		店番号		預金種別		
	銀行 金庫 組合		本店 支店 出張所		普通・貯蓄・当座		
					口座番号		
					(カタカナで記入してください)		
給付金の受取りを代理人に委任する場合のみ下欄に記入してください。(施術者又はその関係する法人等への委任はできません。) 自署の場合押印不要です。							
委 任 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。						
	令和 年 月 日		被保険者(申請者)との関係 ()				
	被保険者 住所		住所		代理人 氏名		
	(申請者) 氏名				氏名		
		Ⓜ		携帯電話等連絡先 () - _____			

◎添付書類(申請内容により、その他の書類が必要になる場合があります) 受付印
 1.領収書(受療者氏名、受療日、施術者氏名、施術費用、但し書き(例:はり・きゅう施術代)の記載が必要)
 2.(再)同意書
 注:(再)同意書は、初療又は医師による(再)同意日が月の15日以前の場合は当該月の5か月後の月の末日、月の16日以降の場合は当該月の6か月後の月の末日まで有効。なお、有効期間内における2回目以降の請求には省略可。
 3.施術報告書の写し(該当する場合のみ)
 4.1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(該当する場合のみ)
 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人を確認するための添付書類が必要です。)
 備考欄

 マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合は右の□にチェックしてください。 □ 公金受取口座を利用します。
 R.4.10 大阪織物商健康保険組合 業務課 〒541-0048 大阪市中央区瓦町2-6-9 TEL06-6203-4081

