

療養費支給申請書（ 年 月分） はり・きゅう用

被保険者記入欄	被保険者証等の記号番号	記号	番号	被保険者(申請者)氏名																														
	社員番号				所属会社名及び部署名																													
	被保険者(請求者)住所	〒														―																		
	療養を受けた者の氏名	フリガナ			続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日																							
		男・女																																
	発病又は負傷年月日	平成 令和	年	月	日	傷病名																												
	発症又は負傷の原因及びその経過					業務上・外、第三者行為の有無																												
					1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他																													
支払金融機関	※被保険者名義の口座を必ずご記入ください																																	
	金融機関名				預金の種類	口座番号																												
	銀行 金庫 農協				本店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座	口座名義(カナ) (被保険者名義)																											
施術内容欄	初療年月日			施術期間						実日数	請求区分																							
	年 月 日			自・ 年 月 日～至・ 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(電気鍼併用) 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(電気鍼・電気温灸器併用)											円	摘 要																				
	2回目以降	はり			円× 回＝								円																					
		はり(電気鍼併用)			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(電気鍼・電気温灸器併用)			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. 出張専門施術者所在地																											
	年 月 日 住所																																	
	免許登録番号 はり師 氏名				電話																													
	免許登録番号 きゅう師																																	
備考																																		
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																					
							年 月 日																											

受付目付印

備考	個人番号(マイナンバー)(任意) (被保険者証等の記号番号を記入した場合は不要です)	
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の2種類の書類を添付してください。 ①個人番号通知カード又は個人番号記載の住民票の写し ②運転免許証またはパスポートの写し	

GLV健康保險組合理事長 殿