療養費支給申請書（　　年　　月分）（はり・きゅう用）

被保険者欄	○被保険者証等の記号番号		○発症又は負傷年月日	○傷病名
	記号　　番号		年　月　日	
	療養を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	性別	○発症又は負傷の原因及びその経過
			男・女	
			続柄	○業務上・外、第三者行為の有無
		生年月日：　年　月　日		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	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.頚腕症候群　4.五十肩 5.腰痛症　6.頚椎捻挫後遺症　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.はりきゅう併用			円	摘　要
	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 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.出張専門施術者所在地
	年　月　日　　住所：		
	免許登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿はり師　氏名：		
	免許登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿きゅう師　電話：		

申請書	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。 年　月　日　　〒　－ 申請者　住所： 曙ブレーキ工業健康保険組合　理事長　殿　（被保険者）　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
			年　月　日		

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。　　年　月　日

申請者（被保険者）　住所

氏名

代理人　　住所

氏名