

事業所担当者()<経由>→健保組合 (退職された方は直接健保へ送付)
※担当者を記入してください

はり・きゅう
年 月分

□被保険者
□家族 療養費請求書

被 保 険 者 記 入 欄	①被保険者の 記号・番号	記号 番号	②被保険者の 氏名				
	③事業所の名称						
	④被扶養者に関 する申請の場合	氏名	生年月日	年 月 日	才	続柄 (長男・長 女等)	
	⑤発病または 負傷年月日	年 月 日	⑥傷病名				
	⑦発病または 負傷の原因						
	⑧第三者行為に よるものですか	はい いいえ	⑨業務上または通勤 途上での傷病ですか	はい いいえ			
	⑩施術を受けた 場所			⑪傷病の経過			
	⑫ 振込先 (被保険者名義)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義(カタカナで記入)	
				普通 当座			

上記のとおり請求します。

年 月 日

被保険者の住所 〒

氏名

電話番号 ()

は り 師 ・ き ゅう 師 記 入 欄	施 術 内 容 欄	初療年月日	年 月 日	施術期間	自: 年 月 日~至: 年 月 日	実日数	日	請求区分	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	
		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 ・ き ゅう	通所	施術の種類	1術	回	2術	回	円	
				訪問施術料 1					円× 回=	円	
				訪問施術料 2					円× 回=	円	
				訪問施術料 3(3~9人)					円× 回=	円	
				訪問施術料 3(10人以上)					円× 回=	円	
				電療料(加算/1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具)				円× 回=	円		
				特別地域(加算)				円× 回=	円		
		往療料				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	通所○ 訪問1①、訪問2②、訪問3③ 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 年 月 日 はり・きゅう師 住所 〒 免許登録番号 氏名 電話番号 ()										
同 意 記 録	同意医師の 氏名	医療機関名	住 所	同意年月日							
				同意・ 再同意	年 月 日						
	傷 病 名		要加療期間 年 月 日~ 年 月 日								