

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

被保険者  
家族

### 療養費請求書

はり・きゆう  
2024年4月分

①被保険者の記号・番号	記号 1 番号 12345	②被保険者の氏名	健保 太郎		
③事業所の名称	ヤンマーホールディングス株式会社		③籍を置いている会社名を記入してください。		
④被扶養者に関する申請の場合	氏名 健保 みどり	生年月日	S55年5月5日	43才	続柄 (長男・長女等) 妻
⑤発病または負傷年月日	2024年4月3日	⑥傷病名	腰痛症		
⑦発病または負傷の原因	引っ越しの際、段ボールを大量に運んだら、後から痛み出した。				
⑧第三者行為によるものですか	はい <input checked="" type="checkbox"/>	⑨業務上または通勤途上での傷病ですか	はい <input checked="" type="checkbox"/>		
⑩傷病の経過	痛みは徐々に軽減してきた。				
⑪振込先 (被保険者名義)	金融機関名 〇〇銀行	支店名 △△支店	種別 普通当座	口座番号 0123456	名義(カタカナで記入) ケンボ タロウ

上記のとおり請求します。

2024年5月10日

被保険者の住所 〒123-4567

××市〇〇区△△1-2-3

氏名 健保 太郎

電話番号 06 (6123)4567

はり師・きゆう師記入欄	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
	初検料	1.はり 2.きゆう 3.はり・きゆう併用			摘要
	施術料	施術の種類	1術 回	2術 回	
		通所	円× 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.電気光線器具 3.特別地域(加算))	施術者(はり師・きゆう師)に記入してもらってください。			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		
○往療又は訪問の理由(1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他( )					
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・きゆう師 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			