

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号-番号		被保険者（申請者）の氏名・印		生年月日		
	—		刀か+ ⑩		昭和 平成 年 月 日		
	住所				連絡先 ※日中連絡の取れる電話番号		
	〒 —						
	事 業 所	名称		所在地			
				〒 —			
	受診者	1. 被保険者（本人）		被扶養者（家族）の場合はその方の氏名		生年月日	
		2. 被扶養者（家族）				昭和 平成 年 月 日 令和	
	傷病名				発病または 負傷年月日	平成 令和 年 月 日	
	発病の原因および 経過（詳しく）	原因					
経過		第三者行為によるものですか 1. はい 2. いいえ					
施術を受けた 施術所の	名称		所在地		施術者氏名		
施術期間 (支給期間)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				日数	日間	
施術に要した 費用の額	円						
同意記録	氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間		
同意医師							
再同意医師							

※添付書類については、HPをご覧ください。当組合までお問い合わせください。

支 払 機 関 の 欄	振込先 金融機関名	銀行 金庫	本店 支店	刀か+	
	預金種別 口座番号	1. 普通 2. 当座	No.	口座名義 (請求者名義のみ)	

受 取 代 理 人 の 欄	申請者	本申請および給付金に関する受領を下記代理人に委任します。			記入日	年 月 日
		住所				受付印
	氏名				⑩	
	代理人	住所				
氏名						

はり師・きゅう師記入欄	患者氏名	フリガナ												
	傷病名	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 ()												
	初療年月日	平成 令和	年	月	日	請求区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続		転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止				
	施術期間	令和	年	月	日から	実日数	日	摘要						
		令和	年	月	日まで									
	施術内容	初回	<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> はり（電気針併給） <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> きゅう（電気温灸器併用） <input type="checkbox"/> はり・きゅう併用 <input type="checkbox"/> はり・きゅう併用（電気針・電気温灸器併用）										円	
		2回目以降	はり									円×	回=	円
			はり（電気温灸器併用）									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（電気針・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		
合計													円	
施術日	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												
【往療が行われた場合】 往療を必要とした理由を必ずご記入ください。														
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 記入日 年 月 日														
はり師・きゅう師 住所 氏名 Ⓜ 電話番号 ()														
保健所登録区分（ <input type="checkbox"/> 施術所所在地 <input type="checkbox"/> 出張専門施術者所在地） 免許登録番号 ()														