

・シャチハタ不可  
・受取代理人の欄と  
同じもの

被保険者証の記号-番号 123 — 4567		被保険者(申請者)の氏名 フリガナ ミナ ケンタ 港 健太		生年月日 昭和 47年 7月 18日 平成		
住所 〒140 - 0002 東京都品川区東品川1-2-3-405		連絡先 ※日中連絡の取れる電話番号 090-1234-5678				
事業所	名称 芝浦港運株式会社		所在地 〒108 - 0023 東京都港区芝浦1-23-45			
	受診者 1. 被保険者 (本人) 2. 被扶養者 (家族)	被扶養者(家族)の場合はその方の氏名		生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和		
傷病名	頸腕症候群		発病または 負傷年月日	平成 29年 8月 頃 日 令和		
発病の原因および 経過(詳しく)	原因	日常生活における疲労の積み重ね				
	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 〇〇鍼灸院		所在地 〒140-0002 東京都品川区東品川6-7-8		施術者氏名 △△ △△	
	施術期間 (支給期間)	令和 1年 5月 1日 ~ 令和 1年 5月 31日		日数	3 日間	
施術に要した 費用の額	4,000 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	田町 源	〒108-0023 東京都港区芝浦9-8-7	H31.3.31	頸腕症候群	3ヶ月
	再同意医師					

※添付書類については、HPをご覧ください。被保険者が記入する欄

支払 機 関 の 欄	振込先 金融機関名	銀行 金庫	本店 支店	フリガナ	
	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 1年 6月 10日
	代理人	住所 氏名	住所 氏名	登録印	・シャチハタ不可 ・被保険者氏名の欄と 同じもの  振込依頼書にて 登録のもの

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		<input type="checkbox"/> 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。 <span style="float: right;">記入日 年 月 日</span>																																
はり師・きゅう師 住所 氏名 <span style="margin-left: 200px;">Ⓜ</span> 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 ( )																																