

※記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者等記号・番号 ※		被保険者（申請者）の氏名・印				生年月日					
	—		㊦				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 令和 年 月 日				
	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										
	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	㊦	
	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			
	氏名	㊦			
	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		☐ 神経痛 ☐ リウマチ ☐ 頸腕症候群 ☐ 五十肩 ☐ 腰痛症 ☐ 頸椎捻挫後遺症 ☐ その他（ ）																															
	初療年月日		平成 令和	年	月	日	請求区分		☐ 新規 ☐ 継続					転帰		☐ 治癒 ☐ 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																												
	初検料（ ☐ はり ☐ きゅう ☐ はりきゅう併用 ）																																	
	はり・きゅう		施術の種類（ 1術 回 ）（ 2術 回 ）																															
	施 術 料	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人～9人）		円× 回＝ 円																																
訪問施術料 3（10人以上）		円× 回＝ 円																																
電療料（加算/ ☐ 電気料 ☐ 電気温灸器 ☐ 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																																
施術月 月 施術日（ 通所 ○ 往療 ◎ 訪問 1 ① 訪問 2 ② 訪問 3 ③ ）																																		
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 ☐ 独歩による公共交通機関を使うでの外出困難 ☐ 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 ☐ その他（ ）																																		
施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）																																		
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 ④ 電話番号（ ） 保健所登録区分（☐ 施術所所在地 ☐ 出張専門施術者所在地） 免許登録番号（ ）																																		