※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	
	123 — 4567		刀かナ ミナト ケンタ 港 健太		昭和 平成 47年7月18日	
	住所				連絡先 ※日中連絡の取れる電話番号	
	〒140 - 0002 東京都品川区東品川1-2-3-405				090-1234-5678	
	事 業 所	名称		所在地		
		芝浦港運株式会社		〒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	
	傷病名		頰腕症候群		昭和 平成 令和 29年8月頃	
	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		

※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 6年11月1日
	代理人	住所 東京都品川区東品川1-2-3-405 氏名 港 健太	住所 東京都港区芝浦1-23-45 氏名 芝浦港運株式会社 芝浦 涼介		

患者氏名	フリガナ																															
	☐ 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																												
はり師・きゅう師記入欄	施術内容	初検料 (☐ はり ☐ きゅう ☐ はりきゅう併用)																														
		施術料	はり・きゅう		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つての外出困難 ☐ 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																																
Ⓜ 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 ()																																