

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)	
	記号		番号		年 月 日	
	(フリガナ)		続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過	
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名		男 ・ 女		1. 本人	
2. 配偶者						
				3. 子		
				4. その他 ()		
		昭・平 年 月 日生		○業務上・外、第三者行為の有無		
				1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他		

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間		実 日 数	請 求 区 分
	平・令 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		転 帰	
			5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()		継続・治癒・中止・転医	
	初 検 料				円	摘 要
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用					※施術管理者以外が施術した場合に記入
	施 術				円 × 回 = 円	施術者氏名 _____
	はり					施術日 日
	きゅう					
	はり・きゅう併用					
料				円 × 回 = 円	※往療を必要とした場合に記入	
電療料					往療日 日	
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具						
往 療 料		4 km まで		円 × 回 = 円	往療を必要とした理由	
往 療 料		4 km 超		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 通院○ 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		

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	
	令和 年 月 日		所在地		
	はり師免許登録番号 _____		施術所名		
	きゅう師免許登録番号 _____		施術管理者名	☎ 電話	

申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。				
	令和 年 月 日		〒 -		
	東京都医業健康保険組合理事長 殿		被保険者 住 所 (請求者) 氏 名 ☎ 電話		
申請者受領代理人欄					
本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。					
申請者 (被保険者) 氏 名 _____ ☎					
代理人 住 所 _____					
氏 名 _____ ☎					

振 込 先 名 称	金 融 機 関 名 称	銀行 金庫 信組 農協	本店	普 通	支店番号	口 座 番 号
	預金者氏名 カタカナ		支店			

同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要加療期間
			平・令 年 月 日		

(備考欄) () 問い合わせ先 東京都医業健康保険組合 給付課 TEL. 03-3353-4311 2019年5月版

<記入にあたっての注意事項>

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
- ・「申請欄」の請求者は、被保険者の方を記入してください。（施術を受けた者の氏名欄が被扶養者の場合、特に誤りやすいのでご注意ください。）
- ・「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・被保険者以外の方が給付金を代理受領する場合、申請欄下記の委任状欄を記入・押印して下さい。

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

<その他添付書類（該当する場合）>

医師の同意書（原本） 施術報告書（写し） 往療状況
確認表 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

また、この申請にあたりまして、支払い決定は審査により、診療月より数えて4か月以上先になる場合がございますので、予めご了承ください。