

申請前に必ず ご確認ください	(はり・きゅう) 療養費支給申請書(年 月分)			
		常務理事	事務長	担当者

申請前にご確認ください		本申請は、慢性的な疼痛で、その痛みについて保険医の治療を受け、医師がこれ以上の治療手段がないと判断した場合に対象となります。本人の希望により書いてもらった同意書は対象にはなりません					
被 保 險 者 記 入 欄	記号・番号	XXXX - XXXXXX		電話番号 日中の連絡先	XXX-XXX-XXXX		
	会社・事業所名	○○株式会社 ○○事業所		部署名	○○部 ○○課		
	被保険者氏名	健康 太郎		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 Y 年 M 月 D 日		
	受診者氏名 年齢	健康 花子	年齢 XX才	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 Y 年 M 月 D 日		
	傷病名	神経痛		発病又は負傷の年月日	わからない場合は「不詳」と記入 ➡		Y 年 M 月 D 日
	発病/負傷の原因	日常生活における疲労の積み重ねによる痛み		施術を受けた場所 (住所を記載)	XXXXXX		
	傷病原因 (該当する回答に☑)	他人の行為によるものですか 通勤途上・業務中によるものですか		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ			
	同 意 書						
	療養費の支給決定を行うにあたり、古河電工健康保険組合が、医療機関等に対して照会を行い、回答・提供を受けること、また、医療機関等が、古河電工健康保険組合の照会に対して回答することに同意します。尚、本紙の写しも有効と認めます。						
受診者署名 同 意 書 欄は 署名が必要です		名(未成年の場合は親権者が記入) 健康 花子		被保険者署名 同 意 書 欄は 署名が必要です	署名 健康 太郎		
受診者住所		○○県○○市○○町 X-X-X		署名日	Y 年 M 月 D 日		
在職中の給付金支 に関する同意		<input checked="" type="checkbox"/> 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します。					
退職後に請求する場合に記入(任意継続者:記号9990は記入不要)							
金融機関コード		退職後の請求、退職予定の方のみ口座を記入(任意継続被保険者を除く) 任意継続被保険者は、登録済の口座へ振込みます					
ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください							

はり師・きゅう師記入欄※施術所発行の「療養費支給申請書」添付でも可	初療年月日		施術期間					実日数	請求区分
	年 月 日		年 月 日 ~ 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 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()					転記		
	初検料(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)							円	摘要
	施 術 内 容 欄	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/1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)							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					
合 計							円		
一部負担金(1割・2割・3割)							円		
請 求 額							円		
施 術 日	通院○ 往診○訪問①訪問②訪問③ 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							
○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難 2. 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 3. その他())									
上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。 令和 年 月 日		保健所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地 住所 〒							
登録記号番号		施術所名 氏名		電話番号					
同意医師の氏名		医療機関名・住所		初・再同意年月日	傷病名		要加療期間		
				年 月 日					