

被保険者
家 族 療養費支給申請書 (はり、きゅう用)

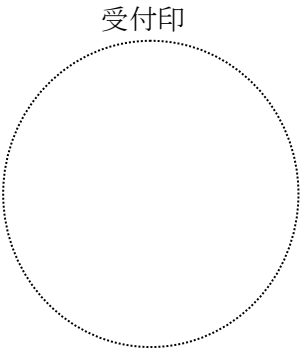
被 保 険 者 記 入 欄	① 被保険者証 の 記号・番号	記号		② 被保険者氏名	被保険者氏 名	
		番号			生 年 月 日	生年月日
	③ 被保険者の 現 住 所	〒 ー 電話 ()				
	④ 事 業 所 の	名称	所属部署 電話			
		所在地			業務の種類別	
	⑤ 被扶養者が施術を受けた場合は、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。					
	氏名			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	被保険者 との続柄
	⑥ 傷 病 名	☐ 神経痛 ☐ 頰腕症候群 ☐ リウマチ ☐ 五十肩 ☐ 腰痛症 ☐ 頰椎捻挫後遺症 ☐ その他 ()				
	⑦ 発病又は 負傷年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日				
	⑧ 発病または 負傷の原因 (詳細に記入)					
	⑨ 経過概要					
	⑩ 施術の期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	⑪ 施術に 要した費用	円	
	⑫ 第三者によるものですか		はい ・ いいえ			
	⑬ 業務中に発生したものですか		はい ・ いいえ			
	⑭ 施術を受けた 施術所	名 称				
所 在 地						
支払希望 金融機関	銀行 信金 信組	本店 支店 出張所	普通 当座	口座番号	口座名義 (被保険者)	

オリエントコーポレーション健康保険組合 理事長殿

上記の療養に要した費用に関し療養費の支給を申請いたします。

令和 年 月 日 被保険者氏名

健 保 記 入 欄	支 給 決 定 額 円	取 得	年 月 日
		喪 失	年 月 日



施 術 内 容 証 明 書 (はり、きゅう用)

(令和 年 月分)

は り 師 ・ き ゅ う 師 記 入 欄	① 被 保 険 者 の 記号・番号	記号		② 受療者 の 氏 名	氏 名		本人		
		番号			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	家族		
	③ 施術内容欄	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	☐ 神経痛 ☐ 頰腕症候群 ☐ リウマチ ☐ 五十肩 ☐ 腰痛症 ☐ 頰椎捻挫後遺症 ☐ その他 ()					転 帰 継続・治癒 中止・転医	
			初検料	☐ はり ☐ はり (電気鍼併用) ☐ きゅう ☐ きゅう (電気温灸器併用) ☐ はり、きゅう併用 ☐ はり、きゅう併用 (電気鍼併用・電気温灸器併用)			円	摘 要	
		2回目以降		1. はり	円 × 回＝		円		
				2. きゅう	円 × 回＝		円		
				3. はり、きゅう併用	円 × 回＝		円		
			電療料 1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具	円 × 回＝		円			
			往療料 2Km まで	円 × 回＝		円			
		加算 (Km)	円 × 回＝		円				
		合 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					
		④ 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。 令和 年 月 日 施設の所在地 はり師、きゅう師 名 称 氏 名 ⑤ 電 話 はり師 免許登録番号 () きゅう師 免許登録番号 ()						
⑤ 同意記録	同 意 医 師 氏 名		住 所	同意年月日	傷 病 名	要 加 療 期 間			
			年 月 日						
	再同意医師氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要 加 療 期 間				
		年 月 日							