

受付年月日	令和 年 月 日
同年月日	令和 年 月 日
決裁年月日	令和 年 月 日
支給額	円
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間

支給支払決議書			
常務理事	事務長	係	係
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	令和 年 月 日		

(注意事項)

被保険者 (はり・きゅう) 療養費支給申請書

年 月 日 施術分

※申請書は毎月ごとにご記入ください。
※施術を受けるごとに発行される「領収書の原本」をすべて添付してください。
※初めてかかった時の請求および6ヶ月を超えて引き続き施術が必要な場合には医師の同意が必要です。「医師の同意書」を添付してください。
※施術報告書交付料を請求する場合には、「施術報告書の写し」を添付してください。
※被保険者証の記号番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、「被保険者証の記号・番号」欄へ記載してください。

被保険者等 記号・番号	被保険者が勤務 する(していた) 事業所の	名称 所在地	電話 局 番
傷病名	発病又は負傷の年月日	年 月 日	
発病又は 負傷の原因	第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
施術を受けた施術所 の名称・所在地及び 施術者の氏名	名称 氏名	所在地及び 電話番号	
施術を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	施術に要した 費用の額	金 円也
被扶養者に関 する申請のとき	氏名	生年月日	年 月 日 被保険者 との続柄
振込希望の 金融機関名	銀行 金庫	店・本店 支店・出張所	(普通 当座 No.)
上記のとおり申請します。 年 月 日			
住所 〒 被保険者の 氏名 大太平洋金属健康保険組合理事長 殿			

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の 住所 〒 氏名 代理人の 住所 〒 氏名		
振込希望の 金融機関名	銀行 金庫	店・本店 支店・出張所	(普通 当座 No.)

※施術所発行の「療養費支給申請書」の添付でも可	初療年月日	年 月 日	施術期間	年 月 日 ~ 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続
	傷病名 初検料	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 ()				転帰	継続・治癒・ 中止・転医	
	施術内容 概要	1. はり 2. きゅう 3. はりきゅう併用				円	摘要 往療が行われた場合、往療を 必要とした理由を記入	
	電気料	1. はり きゅう はり・きゅう併用				円× 回 = 円		
	電気料	1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具				円× 回 = 円		
	往療料	4kmまで				円× 回 = 円		
	往療料	4km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◎	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						
保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術所所在地		上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。				年 月 日	
免許登録番号	はり師		住所		電話番号			
免許登録番号	きゅう師		施術所名		氏名			
同意医師の氏名	住所		同意年月日		傷病名		要加療期間	
			年 月 日					