

令和 年 月分

被 保 険 者 情 報	被保険者証 の 記号・番号	記号	番号 (枝番)	事業所の名称	会社名	
	被保険者の 氏名と印	印			生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和
	被保険者の 住所・電話				〒	日中連絡が取れる電話番号 TEL ()

申 請 内 容	受診者	該当者に <input checked="" type="checkbox"/> チェックし、被扶養者(家族)の場合、氏名・生年月日をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)				
	傷病名	被扶養者 (家族)の 氏名	被扶養者 (家族)の 生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和		
	発病または 負傷の原因				発病または負傷の年月日	令和 年 月 日
	経過	他人の行為によるものですか 1. はい 2. いいえ				

【口座名義の区分】 被保険者名義 代理人名義(委任状欄をご記入ください。) ※とちらかにをし、指定口座をご記入ください。

振 込 先 指 定 口 座	銀行名	支店名	支店コード	預金種別
	銀行	支店		1. 普通 2. 当座
	口座番号	口座名義 カタカナ (姓と名の間は1マス開けてください。濁点(°)、半濁点(°)は1文字としてご記入ください。)		

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和 年 月 日
	被保険者 氏名	印	※住所は「被保険者情報」と同じ
	代理人 (口座名義人) 氏名	住所 〒	被保険者との関係

受付日付

本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

患者氏名								
初療年月日	平成 令和	年 月 日	請求区分	新規 ・ 継続	転帰	継続 ・ 治癒 ・ 中止		
施術期間	平成 令和	年 月 日	から	平成 令和	年 月 日	まで	実日数	日
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()							
初検料	1. はり 2. きゅう 3. はりきゅう併用		円	摘 要				
はり師・きゅう師が記入するところ 施術料	はり	円×	回=	円				
	きゅう	円×	回=	円				
	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	4 kmまで	円×	回=	円				
	4 km超	円×	回=	円				
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	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						
施術証明	上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日		保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地				
	免許登録番号	住所 はり師・きゅう師 氏名	TEL ()		印			
同意記録	同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間			
			平成 令和 年 月 日					

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。