

被保険者 療養費支給申請書 (はり・きゅう用)
被扶養者

(年 月分)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名																														
	事業所名称				事業所の 所在地																													
	被扶養者の場合 はその氏名	氏名				生年月日	明大	昭平	年	月	日	被保険者 との続柄																						
	傷病名				発病または 負傷の年月日	年 月 日																												
	発病または 負傷の原因				傷病の経過を 詳しく記入																													
	施術を受けた 施設について	名称				所在地	〒																											
	施 術 日 (通院した日に○ を付けて下さい)	対象月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	第三者の行為によるものですか、又は業務上の負傷ですか?				はい・いいえ	←「はい」の場合はコクヨ健康保険組合までご連絡下さい																												
	療養に要した 費用額	金				円也	←施術日ごとの領収書原本を必ず添付して下さい																											
	私は所属する事業所を代理人と定め、受領を委任し上記のとおり申請します。																																	
年 月 日																																		
〒																																		
被保険者 住所																																		
コクヨ健康保険組合理事長 殿 氏名																																		
施 術 師 が 記 入 す る と こ ろ	初療年月日				施術期間				実日数	請求区分																								
	年 月 日				自 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	1.はり 2.きゅう 3.はりきゅう併用			備考																													
	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																										
	往 療 料	4 km超			円×	回=	円																											
費用額計				円																														
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。 年 月 日																																	
	住所																																	
	氏名																																	
	☎ 電話																																	
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																					
					年 月 日																													

添付書類 ①施術日ごとの領収書原本
②医師の同意書 (6カ月を超えて引き続き施術を受ける場合、再度保険医に診察を受け、同意書の交付を受ける必要があります。)