

## 療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名						
	—		年 月 日								
	療養を 受けた者 の氏名	(フリガナ)		続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過						
		男・女			○業務上・外、第三者行為の有無						
昭・平・令 年 月 日生				1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他							
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間		実日数	請求区分					
	令和 年 月 日		令和 年 月 日 ~ 令和 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 帰 継続・治癒・中止・転医						
	初検料				円	摘 要					
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用										
	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		円× 回=			円				
	1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具										
往療料 4 kmまで		円× 回=		円							
往療料 4 km超		円× 回=		円	療養費申請額(7・8・9割)						
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円× 回=		円							
費用額計				円	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 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 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										
	令和 年 月 日 住所 〒 免許登録番号 _____ はり師 免許登録番号 _____ きゅう師 氏名 _____ 電話 _____										
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。										
	令和 年 月 日 住所 〒 申請者 _____ (被保険者) 氏名 _____ 電話 _____ 自動車振興会健康保険組合 殿										
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関名						
	1. 振込		1. 普通		銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所						
	口座番号		口座名義								
		カタカナで記入									
公金受取口座		<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記口座情報の記入は不要です)									
同 意 記 録	同意医師の氏名		住所		同意年月日						
再同意医師の氏名		住所		同意年月日							
傷病名		要加療期間									
傷病名		要加療期間									

## 備考欄(注)

(注)被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。