

下記申請にもとづき次のとおり支給申請を決定いたします。				常務理事	事務長	関係者	担当者
決裁年月日	年 月 日						
支給額				計 算			
被 保 険 者 療 養 費 支 給 申 請 書 [は り ・ き ゅ う] 被 扶 養 者							
東北電力健康保険組合理事長 殿				年 月 日			
下記のとおり申請いたします。				(年 月 診療分)			
<input type="checkbox"/> この届出は被保険者が内容を確認し作成しています							
被保険者氏名		被保険者証記号番号		事業所名			
フリガナ				所 属			
				電 話 番 号			
施術を受けた者の氏名		続柄	施術を受けた者の生年月日	傷病名 (同意を受けた傷病名)			
フリガナ			年 月 日	発病又は負傷原因及びその経過			
			(歳)	発病または負傷年月日		年 月 日	
施 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間			実日数	請 求 区 分	
	年 月 日	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日			日	新 規 ・ 継 続	
	傷病名	1.神経痛 2.リウマチ 3.頰腕症候群 4.五十肩 5.腰痛症 6.頰椎捻挫後遺症 7.その他()				転 帰	
	初検料	1.はり 2.きゅう 3.はり・きゅう併用			円	継 続 ・ 治 癒 ・ 中 止 ・ 転 医	
	施術料	はり	円 ×	回 =	円	摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 _____	
		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 4kmまで	円 ×	回 =	円	※往療を必要とした場合に記入 往療日 _____		
	往 療 料 4km超	円 ×	回 =	円	往療を必要とした理由		
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 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			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		
				所在地	_____		
				施術所名	_____		
	はり師免許登録番号			施術管理者名	_____		
	きゅう師免許登録番号			電話番号	TEL _____		
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		