

下記申請にもとづき次のとおり支給申請を決定いたしたい。		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 被扶養者 療養費支給申請書〔はり・きゅう〕																																	
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																																	
記号番号		被保険者氏名		事業所名																													
				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																													
			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																													
初療年月日		施 術 期 間			請 求 区 分																												
年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)			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				転 帰																												
	6.頰椎捻挫後遺症 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	円			摘 要																												
施 術 内 容 欄	はり・きゅう	施術の種類	1術 回	2術 回																													
	通所		円× 回=	円																													
	訪問施術料 1		円× 回=	円																													
	訪問施術料 2		円× 回=	円																													
	訪問施術料 3 (3人~9人)		円× 回=	円																													
	訪問施術料 3 (10人以上)		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																													
特別地域(加算)		円× 回=	円																														
往 療 料	円× 回=			円																													
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円× 回=			円																													
計		円																															
施術日	訪問 1 ①	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	
	通所 ○ 訪問 2 ②																																
	往療 ◎ 訪問 3 ③																																
○往療または訪問の理由 ( 1.独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2.認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3.その他( ) )																																	
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																												
	年 月 日																																
			所在地		所在地																												
			施術所名		施術所名																												
	はり師免許登録番号		施術管理者名		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																												