

常務理事	事務長	係	係

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(はり・きゅう用)  
被扶養者

ファイザー健康保険組合理事長 殿

提出日 : 和暦 令和元年 5月10日

被保険者本人が記入するところ	被保険者証の 記号・番号	100 - 123456	被保険者氏名	健康 太郎	印	
	被保険者の 住所等	〒100-1000 東京都渋谷区代々木1-2-3-4 自宅等電話番号 012-345-6789				
	療養が被扶養者に 関するとき	氏名 健康 花子	生年月日	和暦 S64年 1月 1日	被保険者の 続柄 妻	
	傷病名	神経痛		発病又は負傷の年月日	不詳 月 日	
	発病又は負傷の原 因(詳細に)	不詳				
	傷病の経過	順調に回復				
振 込 先 の 指 定	<input checked="" type="checkbox"/> 給与振込 → (A)の被保険者欄に記入をお願いします。					
	<input type="checkbox"/> 代理人振込 → (A)と(B)に記入をお願いします。					
	(A)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			和暦 R元年 5月 1日	
	委 任 状	被保険者氏名: 健康 太郎		印		
		代理人 住所:		氏名:	印 連絡先	
(B) 振 込 口 座	<input type="checkbox"/> 被保険者の指定口座 → (B)に記入をお願いします。					
	金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支店名	預金種別	口座番号		
	(フリガナ)		普通			
	口座名義					
は り 師 ・ き ょ う 師 が 記 入 す る と こ ろ	初療年月日	今回施術期間	実日数	請求区分		
	和暦 年 月 日	はり師・きゅう師が記入されること		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	1はり 2きゅう 3はりきゅう併用			円	
	施 術 内 容 欄	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		
	※「摘要欄」に 必要な理由を記載の事	往療料 2kmまで 加算( km)	円 × 回 =	円		
	費用額計		円			
施術日:通院○・往診◎	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					
同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間		
		和暦 年 月 日				
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。			和暦 年 月 日		
	はり師・きゅう師	住所	電話	氏名	免許登録番号	