

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 年 月 日

被 保 険 者 本 人 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号	-		被保険者氏名					
	被保険者の 住所等	〒 自宅等電話番号							
	療養が被扶養者に 関するとき	氏名	生年月日	和暦	年	月	日	被 保 険 者 の 続 柄	
	傷病名				発病又は負傷の年月日	和暦	年	月	日
	発病又は負傷の原 因(詳細に)								
	傷病の経過								
振 込 先 の 指 定	<input 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	年	月	日	
	委 任 状	被 保 険 者 氏 名： 代 理 人 住 所： 氏 名： 連絡先							
	<input type="checkbox"/> 被保険者の指定口座 → (B)に記入をお願いします。								
	(B) 振 込 口 座	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	和暦 年 月 日～ 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		
	初 検 料						継続・治癒・中止・転医		
	1はり 2きゅう 3はりきゅう併用	円					摘 要		
	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 4kmまで		円×	回=	円				
往療料 4km超		円×	回=	円					
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)		円×	回=	円					
費用額計		円							
施術日：通院○・往療◎	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 記 録	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。			保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地				
	和暦 年 月 日								
	免許登録番号	はり師	住所						
免許登録番号	きゅう師	氏名	電話						