

施 術 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号 ※	記号 番号 —	療養を受けた方 の氏名 生年月日	(フリガナ)		続柄																											
	発病又は負傷の 原因とその経過	施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保 険証住所地と異なる場合に記載)																															
	発病または 負傷年月日	平・令 年 月 日	業務上・外、 第三者行為の有無	☐ 業務上 ☐ 第三者行為 ☐ その他																													
	初療年月日	平・令 年 月 日	請求区分	☐ 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																										
	施 術 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (実日数 : 計 日間)																															
	初検料	1. はり 2. きゅう 3. はりきゅう併用			円		摘 要																										
	施術料	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 (加算) 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																													
費 用 額 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	
通院○	訪問2 ②																																
往療○	訪問3 ③	月																															

往療又は訪問の理由(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())

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	氏名	
免許登録番号	きゅう師	電話	

同 意 記 録	同意医師の氏名	医 療 機 関	初・再同意年月日	傷 病 名	要加療期間
	名称 所在地		令和 年 月 日		

被 保 険 者 記 入 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
	東京都情報サービス産業健康保険組合	被保険者	住所
	理 事 長 殿	(申請者)	氏名
			電話

【給付金振込先】被保険者の個人口座をご記入ください。施術師への委任払は行っておりません。

支 払 金 融 機 関	銀行・農協 信金・信組	本店 支店	預金種別 普通・当座
	金融機関コード	店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)	
	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合 は8ケタの通帳番号)	フリガナ	
		口座名義	

受付日付印

☐ マイナポータル等で事前登録した「公金受取口座」利用します。(利用する場合は☑、利用しない場合は上記「支払金融機関」を記入)
・健康保険証の記号と番号を記入せずマイナンバーにより申請される方は、※欄へ記入してください