

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) ショウホウ ハナコ 情報 花子		妻	
	発病又は負傷の 原因とその経過	不詳		施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保 険証住所と異なる場合に記載)	△△施設 東京都新宿区〇〇1-1-1		
	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 3 回	円	
		通所	円 × 回 =	円			
		訪問施術料 1	4,070 円 × 3 回 =	12,210 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					12,210 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	×月					
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。 令和 ××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 〒××× - ×××× 住所 東京都中野区〇〇1-1-1 氏名 東中野 太郎 免許登録番号 ×××××× はり師 免許登録番号 ×××××× きゅう師 電話 ××-××××-××××				
同意 記録	同意医師の氏名 西新橋 一郎	医療機関 名称 西新橋病院 所在地 東京都港区〇〇2-2-2	初・再同意年月日 令和 ××年 ××月 ××日	傷 病 名 五十肩	要加療期間		

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 東京都千代田区〇〇3-3-3
	理 事 長 殿	(申請者) 氏名 情報 太郎
		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	〇〇	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	〇 〇 〇 〇	店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)		〇 〇 〇
	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	ショウホウ タロウ	
			口座名義	情報 太郎	

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