

施術者記入欄	健康保険証の記号と番号※	記号	番号	療養を受けた方の氏名	(フリガナ)	続柄						
	傷病名	—		生年月日	昭・平・令 年 月 日							
	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	<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> その他							
	初療年月日	平・令 年 月 日		請求区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 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						
	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. はり(電療料) 3. きゅう 4. きゅう(電療料) 5. はりきゅう併用 6. はりきゅう併用(電療料)				円	摘要					
	施術料	はり	円	×	回	=		円				
		はり(電療料)	円	×	回	=		円				
		きゅう	円	×	回	=		円				
きゅう(電療料)		円	×	回	=	円						
はり・きゅう併用		円	×	回	=	円						
はり・きゅう併用(電療料)		円	×	回	=	円						
往療料	4kmまで	円	×	回	=	円						
	4km超(km)	円	×	回	=	円						
施術報告書交付料	(前回支給: 年 月分)				円							
費用額計					円							
施術日 通院○ 往療◎	月	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										
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							
免許登録番号	はり師			氏名	住所							
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						
	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。				円	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	(自宅)		
			(携帯)			

【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	預金種別
			支店	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