

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
	—	—	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
傷病名			発症又は負傷の原因及びその経過		
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	施術期間		実日数	請求区分	
平・令 年 月 日	平・令 年 月 日～平・令 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
					継続・治癒・中止・転医
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	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。			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			電話	()	
免許登録番号 _____ きゅう師			氏名	_____	
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		平・令 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				
	住所 〒 -				
	東京都情報サービス産業健康保険組合	被保険者	電話 自宅	()	
	理事長 殿	(申請者)	携帯	()	
氏名 _____					

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。

受付日付印

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	

・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