

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	昭和・平成 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	平成 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											
平成 年 月 日	自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日		日	新規・継続											
傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頰腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頰椎捻挫後遺症 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	2kmまで	円×	回=	円											
	加算( km)	円×	回=	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			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	要加療期間										
	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 理事長 殿	被保険者 (申請者)	電話 自宅	( )	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いません。

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