

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|--------------------|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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。 | | | 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 | 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