

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)	ショウホウ ハナコ	続柄									
	×××	××××		情報	花子		妻								
傷病名	五十肩		発症又は負傷の原因及びその経過	五十肩											
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 checked="" type="checkbox"/> その他											
初療年月日	平成 ××年 ××月 ××日		施術期間	実日数	請求区分										
			自・平成 ××年 ××月 ×日～至・平成 ××年 ××月 ××日	4日	新規・ <b>継続</b>										
傷病名	1. 神経痛   2. リウマチ   3. 頰腕症候群 <b>4. 五十肩</b> 5. 腰痛症   6. 頰椎捻挫後遺症   7. その他( )				転帰 <b>継続</b> 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 <b>6. はりきゅう併用(電療料)</b>				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										
往療料	2kmまで		円×	回=	円										
	加算(                    km)		円×	回=	円										
費用額計			6,200円												
施術日 通院○ 往療◎	××月	1 2 3 4 5 <b>7</b> 8 9 10 11 12 13 <b>14</b> 15 16 17 18 19 20 <b>21</b> 22 23 24 25 26 27 <b>28</b> 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 <b>1</b> 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 〒×××-××××   東京都中野区〇〇1-1-1			電話   ×× (××××) ×××× <b>印</b> 氏名                    東中野 太郎												
免許登録番号                    ××××××                    きゅう師															
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									
	西新橋 一郎	名称   西新橋病院 所在地   東京都港区〇〇2-2-2		<b>平</b> 令 ×年 ×月 ×日	五十肩										

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 理事長 殿		住所 〒×××-××××   東京都千代田区〇〇3-3-3 電話 自宅   ×× (××××) ×××× 携帯   ××× (××××) ×××× 氏名                    情報 次郎 <b>印</b>			
	被保険者 (申請者)					

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	〇〇	<b>銀行</b> 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 シロウ	口座名義                    情報 次郎