

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 生年月日	(フリガナ) ショウホウ ハナコ 情報 花子 昭・平・令 ××年××月××日	続柄 妻		
	傷病名	五十肩		発病又は負傷の 原因とその経過	五十肩			
	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 checked="" 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 checked="" 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 継続 治癒・中止・転医		
	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)		1,644	円	×	4	回		= 6,576 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					6,576	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 ⑰ 22 23 24 25 26 27 ⑱ 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 〒××× - ××××			
住所 東京都中野区〇〇1-1-1				氏名	東中野 太郎			
免許登録番号	××××××		はり師	氏名				
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	
	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		令和××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。 東京都情報サービス産業健康保険組合 被保険者 住所 〒××× - ×××× 令和××年××月××日 理事長 殿 (申請者) 氏名 東京都千代田区〇〇3-3-3 情報 太郎			
	電話 (自宅) ××-××××-××××			
	電話 (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	〇〇	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	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 タロウ	
			口座名義	情報 太郎	

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