

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	
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) 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	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		4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	
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)			(継続) 治癒・中止・転医	
施術者記入欄	施術料		円 × 回 = 円	摘要	
	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)		1,550円 × 4回 = 6,200円			
往療料		円 × 回 = 円			
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			6,200円		
施術日	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				
通院○	××月				
往療○	××月				
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					
免許登録番号 ××××××× はり師			電話 ×× (××××) ××××		
免許登録番号 ××××××× きゅう師			氏名 東中野 太郎 (印)		
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	(平) 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				
	住所 〒 ××× - ×××× 東京都千代田区〇〇3-3-3				
	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 情報 次郎 (印)				

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	銀行 農協 信金・信組	△△	本店 支店	預金種別
	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)		普通・当座
	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	〇〇〇