

受付年月日	年 月 日	支給支払決議書			
支給額	円				

療養費支給申請書 (○○年 4月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号					○発病又は負傷年月日			○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)				
		2	-	8	8	8	8	○○年 4月 2日			腰痛症		
	(フリガナ) ニッピ ハナコ					続 柄			○発症又は負傷の原因及びその経過				
施 術 を 受 け た 者 の 氏 名					日 飛 華 子			男・女			整形外科の医師に腰痛の治療を受けていたが、慢性的な痛みが緩和されず、医師の同意により、はりの治療を行うことにした。		
昭・平 ××年 ×月 ×日生					1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()			○業務上・外、第三者行為の有無			1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他		

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間				実 日 数	請 求 区 分		
	年 月 日		自・ 年 月 日～至・ 年 月 日				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				転 帰		転医	
	初 療		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩				転 帰		転医	
	施 術 内 容		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩				転 帰		転医	
	施 術 料		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩				転 帰		転医	
	往 復		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩				転 帰		転医	
	施 術 報 告		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩				転 帰		転医	
	施 術 日 通 院 ○ 往 療 ○		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩				転 帰		転医	
	施 術 証 明 欄		上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。				所在地		30 31	

「施術内容欄」・「施術証明欄」は施術者に記入・押印をもらってください。

【記載内容の訂正方法】

訂正するときは二重線で抹消のうえ正しい内容を記載し
訂正者の氏名 (サイン) または認印を押してください。

申 請 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。					
	○○年 4月 18日		〒 123 -4567			
日本飛行機健康保険組合 理事長 殿		被保険者 住 所 横浜市○○区○○町○-○○-○			(請求者)	
被保険者個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)		氏 名 日 飛 健 人 電話 045-×××-××××				
同意医師の氏名		住 所		同意年月日	傷 病 名	要加療期間
「同意記録」は施術者に記入してもらってください。						

<記入にあたっての注意事項>

- ・ 申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・ 二重線内 (「施術内容欄」および「施術証明欄」) は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・ 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
- ・ 初めてかかった時の請求には医師からの同意書 (原本) が必要です。6ヶ月を超える場合は再度同意書 (原本) が必要です。

<提出の流れ> 本人 → 健康保険組合 ※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書 (原本) を添付してください。

<その他添付書類 (該当する場合のみ) >

医師の同意書 (原本) 施術報告書 (写し) 往療状況確認表 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書