

			支 給 支 払 決 議 書				
受付年月日	年	月	日				
支給額	円						

2024年10月改定

療 養 費 支 給 申 請 書 (年 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 / 発症又は負傷の原因及びその経過																																									
						年 月 日																																											
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)					続 柄	○業務上・外、第三者行為の有無																																									
		男・女						(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																																									
		年 月 日生					○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)																																										
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 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()										日			新 規 ・ 継 続																																
	初 検 料													円			摘 要																																
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用													円																																			
	施 術 料	はり・きゅう			施 術 の 種 類			1 術 回			2 術 回			円																																			
		通 所			円 ×			回 =			円																																						
		訪問施術料 1			円 ×			回 =			円																																						
		訪問施術料 2			円 ×			回 =			円																																						
		訪問施術料 3 (3人～9人)			円 ×			回 =			円																																						
	訪問施術料 3 (10人以上)			円 ×			回 =			円																																							
	電療料 (加算) 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具			円 ×			回 =			円																																							
	特 別 地 域 (加 算)			円 ×			回 =			円																																							
	往 療 料			円 ×			回 =			円																																							
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月 分)			円 ×			回 =			円																																							
費 用 額 計			円																																														
施術日 訪問1①			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																
通所○ 訪問2②																																																	
往療◎ 訪問3③																																																	
○往療又は訪問の理由 (1. 徒歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 3. その他 ())																																																	
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。										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																												
	年 月 日										〒										-																												
申 請 欄	免許登録番号										は り 師										住 所																												
	免許登録番号										き ゅ う 師										氏 名										電 話																		
支 払 機 関 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 月 日										申請者 (被保険者) 殿										住所 氏名 電 話																												
同 意 記 録 欄	支払区分										預金の種類										金融機関名										本店 支店 出張所 郵便局																		
	1. 振 込 2. 銀 行 送 金 3. 郵便局送金 4. 当 地 払										1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段										銀行 金庫 農協																												
口座名義 カタカナで記入										口座番号																																							
同意医師の氏名										住 所										同 意 年 月 日										傷 病 名										要加療期間									
																				年 月 日																													

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		年 月 日	
申請者	住所		
(被保険者)	氏名		
代理人	住所		
	氏名		

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する場合に記入してください。 日本飛行機健康保険組合