

被保険者情報・申請内容	被保険者証の記号番号	記号	番号	所属事業所及び部署名	電話(内線)
	被保険者氏名	フリガナ		被保険者生年月日	昭和 年 月 日 平成
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒		メールアドレス	
	療養を受けた者の氏名			療養を受けた者の生年月日	昭和 年 月 日 平成 令和
	発症または負傷の原因				
	交通事故等第三者が原因ですか	いいえ ・ はい		業務上、通勤途上によるものですか	いいえ ・ はい

※「はい」の場合は、別途届出が必要です。

※「はい」の場合は、別途届出が必要です。

施術内容欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分										
	平・令 年 月 日	自 令和 年 月 日～至 令和 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()			転帰 継続・治癒・中止・転医										
	初回	1. はり 2. はり(電気鍼併用) 3. きゅう 4. きゅう(電気温灸器併用) 5. はり・きゅう併用 6. はり・きゅう併用(電気鍼・電気温灸器併用)			摘 要										
	初検料					円									
	2回目以降	はり	円 ×	回 =		円									
		はり(電気鍼併用)	円 ×	回 =		円									
		きゅう	円 ×	回 =		円									
		きゅう(電気温灸器併用)	円 ×	回 =		円									
		はり・きゅう併用	円 ×	回 =		円									
はり・きゅう併用(電気鍼・電気温灸器併用)	円 ×	回 =	円												
往療料 4kmまで	円 ×	回 =	円												
往療料 4km超	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 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 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31													
施術証明書	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										
備考	登録記号番号(申し出た施術者登録番号) 施術所 所在地 名称 電話 施術管理者 氏名														
同意記録	同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間										

※在職者は、委任状欄に記入してください。

委任状	<input type="checkbox"/> ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック☑して下さい。	
	<input type="checkbox"/> ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。	
	日付	令和 年 月 日
被保険者(申請者)	氏名	
代理人(実際に給付を受領する者)	氏名	

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

振込先情報	金融機関コード		支店コード	
	金融機関名称	銀行 本店 信用金庫 支店		
	預金種別	普通 其他 当座 ()	口座番号	口座名義(カタカナ)

■添付書類

- 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本
- 治療内容の書いてある領収書原本

備考	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

受付日付印