

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (はり・きゆう用)

1 2
被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)																																
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名 <input type="text"/>	生年月日 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日																															
	2 傷病名	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> 頰腕症候群 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頰椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 ()																																
	3 発病または負傷年月日	令和 年 月 日																																
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。																																
	5 施術を受けた施術所	名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/>																																
	6 施術を受けた日(○を付けてください)	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 <input type="text"/> 日 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td> </tr> <tr> <td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td> </tr> </table> ※暦月単位で1月につき1枚の申請が必要となります。		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
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																				
7 再同意方法(同意書がない場合に記入してください。)	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> 受療者</td> <td>・電話 (年 月 日)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 家族</td> <td>・診察日に口頭 (年 月 日) で同意を得た。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> はり師</td> <td>・電話 (年 月 日)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> きゆう師</td> <td>・文書 (年 月 日) で同意を得た。</td> </tr> </table> ※同意医師へ確認させて頂くこともありますので、正確にご記入ください。		<input type="checkbox"/> 受療者	・電話 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> 家族	・診察日に口頭 (年 月 日) で同意を得た。	<input type="checkbox"/> はり師	・電話 (年 月 日)	<input type="checkbox"/> きゆう師	・文書 (年 月 日) で同意を得た。																								
<input type="checkbox"/> 受療者	・電話 (年 月 日)																																	
<input type="checkbox"/> 家族	・診察日に口頭 (年 月 日) で同意を得た。																																	
<input type="checkbox"/> はり師	・電話 (年 月 日)																																	
<input type="checkbox"/> きゆう師	・文書 (年 月 日) で同意を得た。																																	