

| | | | | | | |
|-------|---|------|-----|-------|-------|---|
| 支給決定日 | | 常務理事 | 事務長 | M G R | M G R | 係 |
| 支給額 | ¥ | | | | | |

被保険者・被扶養者 **療養費支給申請書** (はり・きゅう用) (令和 年 月分) 第 回目

【領収書の原本・医師の同意書(初回及び6ヶ月毎)を添えて申請下さい】

| | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-------|----|-----|----------|-------------|-------|
| 保険証 | 記号: | 番号: | 患者氏名: | 男女 | 続柄: | 生年 月日 | 昭 平 令 | 年 月 日 |
|-----|-----|-----|-------|----|-----|----------|-------------|-------|

発病又は負傷の原因及びその経過(原因については各自の思い当たる事を記入下さい):

発病又は負傷したのは平・令 年 月 日頃でその原因は (1.業務上 2.交通事故等第三者行為 3.その他) である

| | | | | |
|--------------------------|-------|--------------------------|----------|--------------------------------|
| 初めて施術を受けた年月 平・令 年 月 日 | 施術の期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで | 実日数 日 | 実際の施術日を下欄に通院日は○ 往診日は◎を記入下さい |
|--------------------------|-------|--------------------------|----------|--------------------------------|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 施術日 | 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 師 記 入 欄 | 負傷名 | 1.神経痛 2.リュウマチ 3.五十肩 4.頸腕症候群 5.腰痛症 6.筋萎縮 7.頸椎捻挫後遺症 8.関節痛 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 初 検 | 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 回 目 以 降 | はり | | | | | | | | | | | | | | | 円 | × | 回 | = | 円 | | | | | | | | | | | |
| | | きゅう | | | | | | | | | | | | | | | 円 | × | 回 | = | 円 | | | | | | | | | | | |
| | | はり・きゅう併用 | | | | | | | | | | | | | | | 円 | × | 回 | = | 円 | | | | | | | | | | | |
| | | 電療料 (電気鍼・電気温灸器等) | | | | | | | | | | | | | | | 円 | × | 回 | = | 円 | | | | | | | | | | | |
| | 往 療 料 | 4 kmまで | | | | | | | | | | | | | | 円 | × | 回 | = | 円 | | | | | | | | | | | | |
| | 往 療 料 | 4 km以上 (km.) | | | | | | | | | | | | | | 円 | × | 回 | = | 円 | | | | | | | | | | | | |
| | 施 術 報 告 書 交 付 料 | | | | | | | | | | | | | | | 前回支給: 年 月 | | | | 円 | | | | | | | | | | | | |
| | 上 記 費 用 の 合 計 金 額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---------------|---------------------------|----------|
| 施術 証明 欄 | 上記の通り施術を行い、その費用を徴収いたしました。 | 令和 年 月 日 |
| | はり師・きゅう師 氏名: | Ⓜ 施術所名称: |
| | 住所: 〒 | TEL - - |

| | | | | |
|---------|---------|----------|-----|-------|
| 同意医師の氏名 | 同意医師の住所 | 同意年月日 | 傷病名 | 要加療期間 |
| | | 令和 年 月 日 | | ~ |

| | | | | |
|---|-----|----|----|--------------------|
| ジェイティービー健康保険組合 理事長殿 | | | | 令和 年 月 日 |
| 上記の療養に要した費用の支給を申請いたします。 なお療養費は下記銀行口座に振込をお願いいたします。 | | | | |
| 振込希望銀行名 | 支店名 | 口座 | 普通 | 口座名義 (カタカナでご記入下さい) |
| 銀行 | 支店 | 番号 | | |
| 被保険者の住所: 〒 | | | | |
| 被保険者氏名: Ⓜ TEL - - | | | | |