

支給決定伺						*ケンポ記入欄	
支給金額	金	円	支給期間	. . . 日	取得	. . .	
経伺	常務理事	事務長	次長	課長	担当者	喪失	. . .
						備考	本・六・家・高一・高7

被保険者 療養費支給申請書【はり・きゅう用】 ( 年 月分) 第 回目  
 家族

被保険者欄	被保険者証の記号・番号	療養を 受けた者の 氏名	フリガナ	男・女	続柄	生年月日
	-					S・H・R 年 月 日生
	発症または負傷年月日	傷病名			業務上・外、第三者行為の有無	
	H・R 年 月 日				1.業務上 2.第三者行為である 3.その他	
発症又は負傷の原因及びその経過、はり・きゅう受療の経緯(できるだけ詳しく)						

施術内容・証明欄 (記入または添付)	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
	H・R 年 月 日	自 H・R 年 月 日 ~ 至 H・R 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	
	初回	1.はり 2.はり(電気針併用) 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(電気針・電気温灸器併用)	継続・治癒・中止・転医 摘要	
	2回目以降	はり	円× 回=	円
		はり(電気針併用)	円× 回=	円
		きゅう	円× 回=	円
		きゅう(電気温灸器併用)	円× 回=	円
	往療料	往療料 4kmまで	円× 回=	円
		往療料 4km超	円× 回=	円
報告書	施術報告書交付料(前回支給 : 年 月分)		円	
合計			円	

施術日	月	通院○	往療◎
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			
上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。			
令和 年 月 日	施術所名	所在地 〒	
免許登録番号	はり師	氏名	TEL
免許登録番号	きゅう師		

医師同意書 (記入または添付)	患者氏名	生年月日	発病(初診)年月日
		S・H・R 年 月 日生	H・R 年 月 日
	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 ( )	要加療期間
	症状(これまでの経過と見通し)		往療の必要性について 1.必要とする 2.必要としない
上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。			
令和 年 月 日	保険医療機関名	所在地 〒	
	氏名		TEL

被保険者欄	上記(または添付)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。	
	令和 年 月 日	住所 〒
	大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿	被保険者氏名 (申請者 自署) 印 TEL
	【在職者のみ記入】 上記金額の受領を _____ に委任します(会社名を記入)	所属事業所 確認印
【退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)】 金融機関名 _____ 銀行・信用金庫 _____ 支店 / 1.普通 2.当座(いずれかに○)		
口座番号 _____	フリガナ _____ 口座名義人 _____	
●添付書類や支給要件等を、事前に大同健保ホームページでご確認のうえ申請してください。		

大同健保