療養費支給申請書（　　年　　月分）（はり・きゅう用）

※記入に際しての留意事項及び添付書類等は裏面をご覧ください。
なお、医療機関での受診状況を確認するため、**支給は早くても施術を受けた月の３か月後**となります。

被保険者欄				
○被保険者証の記号番号		○発病又は負傷年月日	○傷病名（医師の同意を受けた傷病名）	
－		年　月　日		
施術を受けた者の氏名	（フリガナ）	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過	
	男・女	1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他 （　　）		
	昭・平　　年　　月　　日生		○業務上・外、第三者行為の有無	
			1.業務上　2.第三者行為である　3.その他	

※二重線内（「施術内容欄」及び「施術証明欄」）は施術管理者へ記入を依頼してください。

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
令和　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.頚腕症候群　4.五十肩 5.腰痛症　6.頚椎捻挫後遺症　7.その他（　　）	転帰 継続・治癒・中止・転医

項目		金額
初検料 1.はり　2.きゅう　3.はりきゅう併用		円
施術料	はり	円×　回＝　円
施術料	きゅう	円×　回＝　円
施術料	はり・きゅう併用	円×　回＝　円
施術料	電療料 1.電気針　2.電気温灸器　3.電気光線器具	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
費用額計		円

摘要
※施術管理者以外が施術した場合に記入
施術者氏名
施術日
・　・　・　・　日
※往療を必要とした場合に記入
往療日
・　・　・　・　日
往療を必要とした理由

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

施術証明欄

上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。
保健所登録区分　1.施術所所在地　2.出張専門施術者所在地
令和　年　月　日　　所在地
はり師免許登録番号　　施術所名
きゅう師免許登録番号　　施術者名　　電話

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
		令和　年　月　日		

申請欄

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。
令和　年　月　日
〒
被保険者（申請者）　住所
東京中央卸売市場
健康保険組合理事長　殿
氏名　　電話

〔保険給付金振込先〕　(①と②のいずれかに☑してください)

① ☐ マイナポータル等で登録した「公金受取口座」への振込を希望します。

② ☐ 下の欄に記入した口座への振込を希望します。

振込先			
金融機関名	銀行・金庫・信組	支店名	本店・支店・出張所
種別	普通・当座・その他（　　）	口座名義	（フリガナ）
口座番号			

東京中央卸売市場健康保険組合　　5．3改