

入 保 組 合 欄 記	保険給付費支給決定並支出伺		常務理事	事務長		担当者
	支給金額					

被保険者
家族療養費支給申請書【はり・きゅう用】

所属部署	〇〇〇部〇〇〇〇グループ
連絡先 (内線スマホ)	080-0000-0000 (7000000)

(〇〇〇〇 年 〇 月分)

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 トウホウ タロウ 東邦 太郎	続柄(被扶養者)	生年月日
	10-1234			男・女	昭・平・令 〇〇年 〇月 〇日
	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		
	〇〇〇〇年 〇月 〇日	腰痛症	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					
(原因については、各自が思い当たることをご記入下さい)					

傷病名	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分		
	年 月 日	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日	日	新規・継続		
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		
初検料	1.はり 2.きゅう 3.はりきゅう併用		円	摘要		
施術料	はり	円 × 回 =	円			
往診料	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; text-align: center;"> <p>はり師・きゅう師に記入を依頼してください</p> </div>					
施術報告書						
施術日						
上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。						
同意記録	同意医師氏名	住 所	同意年月日	再同意年月日	傷病名	要加療期間

被 保 険 者 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。	
	年 月 日	〒 456-0000 住 所 名古屋市熱田区〇〇町〇〇-〇〇
	東邦ガス健康保険組合 理事長 殿	被保険者 氏名 東邦 太郎 (申請者)
	なお、上記金額の受領を、(事業所名) 東邦ガス(株) に委任します。	

【添付書類】

○医師同意書【原本】※初療日から6か月を経過した
医師の再同意(同意書【原

・東邦ガス社員は、人事サービスGまで
・出向者・関係会社社員は、各社総務部へ提出してください。

○受療日毎の1ヶ月分の領収書【原本】※1か月分を纏めた(合計)領収書不可