

健康 保険 組合 欄	保険給付費支給決定並支出欄		常務理事	事務長		担当者
	支 給 金 額	円				

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	被保険者等の記号・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	男 女	続柄(被扶養者)	生 年 月 日				
	10-1234					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)										

施 術 内 容 ・ 証 明 欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分		
	年 月 日	年 月 日 ~ 至 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		
	初検料	1.はり 2.きゅう 3.はりきゅう併用	円	摘 要			
	はり・きゅう	施術の種類	1術 回 2術 回				
	通所	円 × 回 =	円				
	訪問施術料 1	円 × 回 =	円				
	訪問	はり師・きゅう師に記入を依頼してください					
	訪問						
	訪問						
	電療料(加算)						
	1.電気針 2.						
	特別地域(カ)						
	往診料						
	施術報告書交						
	合						
	施術日	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。						
	年 月 日	〒					
	免許登録番号	はり師	所在地	印			
	免許登録番号	きゅう師	施術所名称				
		氏 名	電 話				
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							
	被保険者 氏 名 東 邦 太 郎 東邦ガス健康保険組合 理事長 殿 (申請者自署)								
	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。								
同 意 書	同意書をいただいた担当医師等へ症状の照会をする場合がありますので、 同意いただきますようお願いいたします。(右記へご署名をお願いします)			担当医師等への症状照会に同意いたします。					
				署名 東 邦 太 郎					

【添付書類】

- 医師同意書【原本】※初療 医師
- 受療日毎の1ヶ月分の領収書【原本】※1ヶ月分を1枚の領収書で提出してください
- ・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。