

支給決定	日
常務理事	日
事務	第 等級)
決定年月日	日

はりの施術を受けた場合の《記入例》

例：被扶養者がはりの施術を受けたとき

必要書類：療養費支給申請書、明細書、領収証書、医師の同意書

46 : 日本新薬(株) 4607: 労働組合 4608: NSシェアードサービス(株) 4609: 任意継続者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族	療養費支給申請書		
		( はり・きゅう用 )	社員番号	
被保険者の記号・番号	46	9999	事業所の名称	日本新薬株式会社
療養を受けた者が被扶養者のとき	氏名	新 薬 保 子	生年月日	1995年4月1日
傷病名または症状		腰痛症	発病又は負傷年月日(施術開始日)	2021年1月5日
発病又は負傷の原因		重いものを持った際に痛めた	第三者行為によるものですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
傷病の経過		歩行は可能になってきた	診療に要した費用	8,500 円
記入するところ	上記のとおり請求致します。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">           2021 年 4 月 7 日            〒 604 - 8832            住 所 京都市中京区壬生下溝町15            被保険者 氏名 新 薬 三 郎            TEL ( 075 ) 123 - 4567  <input checked="" type="checkbox"/> 本人記載 チェック         </div> <p style="font-size: 0.8em; margin-top: 5px;">※ 被保険者本人が作成した場合は、「本人記載」にチェックを入れてください。その場合、押印・署名は省略できます。</p>			

施 術 者 証 明 欄	診療の内容																							
	施術期間	年 月 日 ~ 年 月 日	実日数	日																				
	請求区分	新規・継続								転	帰継続・治癒・中止・転移													
	施術日 通院○往療◎	月 17	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	26	27	28	29	30	31
証明欄	上記のとおり施術を行い、 年 月 日	施術者に記入してもらってください																						
	免許登録番号																							
	はり師:																							
	きゅう師:	氏名:																			電話:			

委任欄	本請求に基づく給付金の受領を _____ に委任致します。 年 月 _____ 被保険者氏名 _____	記入不要	受 付 印
-----	--	------	-------------

(添付書類についての注意)

- (1) 『明細書』及び『実費についての領収証書』の原本をつけてください。
- (2) 医師の同意書(初回および再同意ごと)をつけてください。