

※領収書原本、初療（初診）の場合は医師の同意書を添付してください。※医師の同意書は6か月ごとに必要です。
※同時に同疾病の治療を医療機関で行なうことはできません。行なっている場合は支給対象外となります。
※鍼灸師等への受領委任制度による支払いが行なっておりません。

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号	番号	事業所名																														
	フリガナ				生	年	月	日																										
	被保険者氏名				昭和・平成	年	月	日																										
	フリガナ				続柄	生	年	月	日																									
	受診者氏名				昭和・平成	年	月	日																										
	被保険者住所	〒				連絡先	電話番号	-	-	携帯番号	-	-																						
	傷病名				発病又は負傷の年月日	年	月	日																										
	傷病名、発病または負傷の原因及びその経過																																	
	業務上・外、第三者行為の有無	1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()																																
	施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)																																	
施術を受けたところ	名称				住所																													
	施術者																																	
振込先 ※被保険者名義	銀行	本・支店			種別	口座番号																												
					普通																													
はり師・きゅう師記入欄	初療年月日	()	年	月	日	実日数	請求区分																											
	施術期間	年	月	日	～	年	月	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																												
		施術の種類	1術 回			2術 回																												
	はり・きゅう	通所	円× 回=			円																												
		訪問施術料 1	円× 回=			円																												
		訪問施術料 2	円× 回=			円																												
		訪問施術料 3 (3人～9人)	円× 回=			円																												
	訪問施術料 4 (10人以上)	円× 回=			円																													
	電療料 (加算)	1. 電療料	2. 電気温灸器	3. 電気光線器具	円× 回=	円																												
	特別地域<加算>	円× 回=			円																													
	往療料	円× 回=			円																													
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円× 回=			円																													
	上記費用の合計金額						円																											
施術日	訪問1①	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		
通所○	訪問2②																																	
往療◎	訪問3③	月																																
○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ())																																		
施術証明欄	上記の通り施術を行ないました。				保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所																												
	はり師、きゅう師 氏名				住所 年 月 日																													
免許証登録番号				鍼	灸																													
同意記録	同意医師の氏名	同意医師の住所			同意年月日	傷病名				要加療期間																								
					年 月 日					～																								

事業主記入欄	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話	〒 - ()

社会保険労務士記入欄	
※健保組合記入欄	
決裁年月日	年 月 日
支払年月日	年 月 日
支給額	円

受付日付印