

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	
	発病または負傷の原因及びその経過					第三者行為によるもので ある・ない
	傷 病 の 経 過					
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		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 継続・治癒・中止・転移	
	初回	1. はり 2. はり（電気鍼併用） 3. きゅう 4. きゅう（電気温灸器併用） 5. はり、きゅう併用 6. はり、きゅう併用（電気鍼・電気温灸器併用）				
	2 回 目 以 降	はり	円×	回＝		
		はり（電気鍼併用）	円×	回＝		
		きゅう	円×	回＝		
		きゅう（電気鍼・電気温灸器併用）	円×	回＝		
	往療料	4 kmまで	円×	回＝		
		4 km超	円×	回＝		
上記費用の合計金額					円	
施術日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 月 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					
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地		
	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	
			年 月 日		要加療期間 ～	

※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は行なっておりません。

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 受付日付印 決裁年月日 年 月 日 支払年月日 年 月 日 支 給 額 円	