

- 被保険者  
 家族

療養費支給申請書(はり・きゅう用) (令和 年 月 施術分)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	-	所属		
	療養を受けた者 の氏名	フリガナ	続柄(被扶養者の場合)	生年月日	
				昭和 平成 年 月 日 令和	
	傷病名		発症又は 負傷年月日	令和 年 月 日	
	発症又は負傷の 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. 第三者行為である 3. その他			
	施術を受け た施術所	名称	施術者氏名		
		所在地			
施術の期間 (支給期間:月単位)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日数	日	施術に要した 費用の額	円

SMBCファイナンスサービス健康保険組合理事長 殿  
療養に要した費用について、療養費の支給を申請します。 〒 (電話番号 )  
令和 年 月 日 被保険者 住 所  
氏 名 (自署)

鍼 灸 師 記 入 欄	施 術 内 容	初療年月日	施 術 期 間	実日数	請求区分		
		令和 年 月 日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日	新規 ・ 継続		
施 術 内 容	傷病名	1.神経痛 2.リウマチ 3.頰腕症候群 4.五十肩 5.腰痛症 6.頰椎捻挫後遺症 7.その他( )			転 帰		
					継続・治療・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		
			きゅう		円× 回= 円		
			はり・きゅう併用		円× 回= 円		
	電療料	1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具		円× 回= 円			
		往療料	4kmまで		円× 回= 円		
	4km超		円× 回= 円				
	施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)			円× 回= 円			
費 用 合 計				円			
施術日	通院○ 往療◎	月	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				
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収いたしました。		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			
	令和 年 月 日		住所				
			施術所名称				
	免許登録番号	_____	はり師	氏名			
免許登録番号	_____	きゅう師	電話番号				

【添付書類】

- ①領収書(原本) ※受診者名がわかるもの ※領収印があるもの  
②医師の同意書(初回申請時)。初療の日から6か月経過した時点で、更に施術を受ける場合は  
医師の再同意書を添付のこと。

受付日付印

【注意事項】

- ①往療がある場合は、往療を必要とした理由・往療料のわかる明細を摘要欄に記載してください。  
②同一疾病について医療機関・柔整・あんま・マッサージとの併給はできません。