

保険者欄	支給期間	年 月 日 ~	決裁印欄			資格	取得 年 月 日	支給決定額
		年 月 日 日間					喪失 年 月 日	

**健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書 (はり・きゅう)**

被保険者が記入するところ	健康保険証の記号・番号		事業所の所在地	名称				
	療養が被扶養者に関するとき		受診者氏名		生年月日		被保険者との続柄	
					昭和 平成 年 月 日			
	傷病名				発病または負傷年月日		業務によるものですか	
					昭和 平成 年 月 日		はい・いいえ	
	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すか	
							はい・いいえ	
	振込希望口座		銀行 信金 信組 農協		本店 出張所 支店 営業部			
	*任意継続者のみ		口座名義人 カタカナで記入		口座番号		預金種別 1. 普通	
<p>上記のとおり申請します。また、下記の事項について異議なく同意します。</p> <p>1. 原則、この申請書を事業主経由でフランスベッドグループ健康保険組合に届け、当該給付金について事業主経由で受領すること。但し、請求時の資格状況によってこの限りではないこと。</p> <p align="right">平成 年 月 日</p> <p align="center">フランスベッドグループ健康保険組合理事長 殿 被保険者の 住所 氏名</p>								

はり師・きゅう師が記入するところ	初療年月日		施術期間				実日数	請求区分	転帰
	年 月 日		自 年 月 日 ~ 至 年 月 日				日	新規・継続	継続・治癒・中止
	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.頸椎捻挫後遺症		7.その他( )				
	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 2kmまで		円 × 回 =		円			
		加算 ( km)		円 × 回 =		円			
		費用額計				円			
施術日 通院○・往療◎		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							
施術内容欄		上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。平成 年 月 日							
施術証明欄		はり・きゅう師 住所		氏名		電話番号			
同意記録		同意医師の氏名 住所		同意年月日		傷病名		要加療期間	
				平成 年 月 日					

**\*記入上の注意**

1. 施術を受けるごとに発行される領収書(原本)をすべて添付してください。
2. 暦月ごと・受診者ごとにつき1枚、この申請書に記入してください。
3. はじめてかかった時の請求であるときは、「医師の同意書」を添付してください。
4. 往療が行われた場合は、往療を必要とした理由を摘要欄に記入してください。
5. 保険医療機関(病院、診療所など)、整骨院、鍼灸院での同じ部位の治療(施術)は、重複受診となり保険の対象となりません。