

決定欄	常務理事	事務長		給付係	支給期間	支給日数	支給決定金額
					自 年 月 日 至 年 月 日 日間		

療養費支給申請書 (年 月分) はり・きゅう用

被 保 険 者 欄	記号一番号		被保険者氏名		発病又は負傷年月日	傷病名	
	—				年 月 日		
	療養を 受けた者 の氏名	フリガナ		続柄	発症又は負傷の原因及び経過		
		男 女			1. 業務上 2. 通勤途上 3. 第三者行為 4. その他		
		昭・平・令 年 月 日生					

施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間			実日数	請求区分	新規・継続				
	年 月 日		自 年 月 日～至 年 月 日			日	転 帰					
	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							継続・治癒・中止・転医				
	初検料 1. はり 2. きゅう 3. 併用					円		摘 要				
	施 術 料	はり・きゅう			施術の種類	1術 回	2術 回					
		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3(10人以上)			円× 回=		円					
電療料(加算/ 1電気針 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							
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										
訪問 1①訪問 2②訪問 3③		月										

鍼 灸 師	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。			保健所登録区分	1 施術所所在地 2 出張専門施術者住所		
	年 月 日	はり師・きゅう師	住 所 〒				
	免許登録番号			氏 名	電 話		

申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して療養費の支給を申請します。						
	年 月 日	申請者(被保険者)		現住所 〒			
	大阪工作機械健康保険組合 殿			氏 名	電 話		

口 座	銀行等に振込みを希望する場合			口座種別・番号				口座名義			
	銀行 金庫	店 支店	普通								(フリガナ)
	組合 農協	出張所	当座								

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日

申請者(被保険者) 住所 代理人 住所

氏名 _____ 氏名 _____

※給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込希望される)場合に記入して下さい。

同 意	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷病名	要加療期間
			年 月 日		