

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. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症							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				円×				回=	円	
		き ゃ う				円×				回=	円	
		はり・きゅう併用				円×				回=	円	
		電 療 料				円×				回=	円	
	1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具				円×	回=				円		
	往 療 料 4 kmまで					円×				回=	円	
往 療 料 4 km超					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										
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。 年 月 日 はり師・きゅう師 住所 〒 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
-----	--

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 組合 農協 出張所	普通 当座							(フリガナ)	

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
氏名 _____

代理人 住所
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		