療養費支給申請書（令和3年4月分）←（はり・きゅ

Year and month of treatment

てください。

Insurance Card Code

Insurance Card No.

Employed Company Name and Phone

Name of Insured parson

Date of birth

Name of the person who received medical treatment

Date of birth

Relationship

Was it during or outside of work? / No

Was it caused by the actions of a third party? / No

	記号 1	番号 ○○○		○○○, Inc. Phone (○○)○○○○-○○○○
		John Smith		昭和・平成・令和○○年○○月○○日
		Michael Smith		昭和・平成・令和○○年○○月○○日
		Wife	業務上外、第三者行為の有無	
	令和　年　月　日		1. 業務上（有・無）　2. 第三者行為（有・無）　3. その他（　　）	

（発症又は負傷の原因及びその経過）

施術内容欄				
初療年月日	施術期間		実日数	
令和　年　月　日	（自）令和　年　月　日 ～（至）令和　年　月　日		日	
傷病名	1. 神経痛　2. リウマチ　3. 頚腕症候群　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・転医
初検料 1. はり　2. きゅう　3. はりきゅう併用		円		
施術料	はり	円　×　回　＝　円		
	きゅう			
	はり・きゅう併用			
	電療料 1. 電気針　2. 電気温			
施術報告書交付料（前回支				
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◎）	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		

* Please have an acupuncturist fill out this field on the last consultation day of the month.

施術証明欄			
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地
令和　年　月　日		〒　－	
免許登録番号	はり師	住所	
免許登録番号	きゅう師	氏名	
		電話番号	

Application date

被保険者自署欄		
令和 3 年 5 月 1 日		〒 ○○○-○○○○
楽天健康保険組合　理事長　殿	Address	○-○-○, Tamagawa, Setagaya-ku, Tokyo
	Name of Insured parson	John Smith ← Self singed
	Phone	03-(○○○○)-○○○○

同意記録		
同意医師の氏名	病院または診療所所在地	
○○　○○	〒○○○-○○○○ 東京都○○区○○　○○番地○○号	
同意年月日	傷病名	要加療期間
令和 3 年 4 月 1 日	頚腕症候群	令和 3 年 4 月 1 日 ～ 令和 3 年 7 月 31 日

備考

※　修正がある場合は二重線を引き正しい情報を記載したうえ、情報改ざんを防ぐために押印してください。

Bank Name

Branch name

Head office

Branch

Deposit type

account number

Pay to Account (In the name of the insured person)

支払金融機関			
○○○○	銀行・金庫	○○○○	本店・支店
金融機関コード（ ○○○○ ）		店番号 （ ○○○○	
普通・当座		口座番号 ○○○○○○○	
フリガナ	ジョン　スミス		
口座名義 ※被保険者名義	John Smith		

受付日付印