

支給支払決議書	伺年月日	年	月	日
	決裁年月日	年	月	日
	支払年月日	年	月	日
	支給額			

支給支払決議書		
常務理事	事務長	担当
資格取得日	年	月 日
資格喪失日	年	月 日

療養費・第二家族療養費 請求書 (はり・きゅう用)

ニューオータニ健康保険組合 理事長 殿

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号・番号		—	事業所名称								
	被保険者 (請求者) の		個人番号 (マイナンバー)		氏名		〒	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	住所		TEL — —									
	受療が被扶養者に関するときはその者の		個人番号 (マイナンバー)		氏名		生年月日	昭和・平成	年	月	日	続柄
	傷病名		発病又は負傷の年月日		年 月 日							
	傷病の原因及びその経過											
	施術の期間		自	年	月	日	日数	施術に要した費用		円		
	至		年	月	日	日						
	業務上、または通勤途上での傷病ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					第三者行為 (交通事故・暴行など) によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
	振込銀行	銀行	支店	普・当	NO.	名義 (かた)						

施 術 者 (は り 師 ・ き ょ う 師) 記 入 欄	施 術 内 容 欄	初療年月日	年	月	日	施術期間	年	月	日	～	年	月	日	実日数	日	請求区分	新規・継続	転帰	継続・治癒・中止・転医																		
		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																																		
		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		きゅう		はり、きゅう併用		電療料													円															
			1. 電気針		2. 電気温灸器		3. 電気光線器具													円																	
			往療料		2kmまで		加算 (km)													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
		施術証明欄		上記のとおり施術を行いました。 住所(所在地) 年 月 日 施術所名 施術者登録番号 はり師・きゅう師 氏名 ㊟ TEL () —																																	

同意記録	同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間	記入者氏名

【 添付書類 (原本を添付) 】

●領収書 ●医師の同意書 (初療は同意書必須、再同意は被保険者又は施術者が医師の同意を得て請求書の同意記録に記入でも可)

*同意書の有効期限：要加療期間又は初療日/再同意日から最長3ヶ月

