

① 被保険者等 記号・番号	記号		② 被保険者 氏名 生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日																							
	番号																										
③ 被保険者の 住 所	〒 -			電話 携帯	() ()																						
④ 事業所名称																											
⑤被扶養者が施術を受けた場合は、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。																											
氏名		生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日																					
						被保険者 との続柄																					
⑥ 傷病名	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> 頰腕症候群 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頰椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 ()																										
⑦発病または 負傷年月日	平成 ・ 令和 年 月 日																										
⑧発病または 負傷の原因 (詳細に記 入)	い つ・・・																										
	ど こ で・・・																										
	ど の よ う に・・・																										
⑨第三者によるものですか	はい ・ いいえ 「はい」の場合は「第三者行為による負傷届」を提出してください。																										
⑩業務中に発生したものですか	はい ・ いいえ																										
⑪ 施術を受けた 施術所の 名称・所在地	名 称																										
	所 在 地																										
⑫ 施術を受けた日 (○を付けてください)	令和 年 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	【 日間】																				
※暦月単位でひと月につき1枚の申請用紙が必要となります。																											
⑬ 被 保 険 者 同 意 欄	療養を受けた医療機関等に大阪府貨物運送健康保険組合が文書等により当申請内容を照会することに同意します。																										
	被 保 険 者 氏 名 :																										
※同意医師へ申請内容に対して確認させて頂く場合があります。																											
⑭ 振 込 先	口座名義人の氏名		預金種別																								
	フリガナ		普通 ・ 当 座																								
			(口 座 番 号)																								
					銀行・信用金庫 農協・信用組合																						
					支店																						
※ゆうちょ銀行の場合は店番を記入してください。																											

※以下の欄は、はり、きゅうに関する振込を代理人にする場合に記入してください。
ただし、代理人は被保険者(申請書)の被扶養者に限ります。施術者及びその関係する法人等への振込(委任)はできません。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領に 関する権限を代理人に委任します。	代理人の氏名		被保険者との関係
		フリガナ		
	令和 年 月 日	代理人の住所・電話番号		
	被保険者氏名	〒 -		電話 ()

施術内容証明書（はり・きゅう用）

（令和 年 月分）

令和 年 月 日提出

①被保険者等 記号・番号	記号		②受療者の 氏名 生年月日				本人 ・ 家族																										
	番号			昭和・平成	年	月		日																									
初療年月日		施術期間			実日数	請求区分	転帰																										
年 月 日		年 月 日 ～ 年 月 日			日	新規・継続	継続・治癒 中止・転医																										
傷病名 <input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> 頰腕症候群 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頰椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他（ ）																																	
初検料（1はり 2きゅう 3はりきゅう併用）					円	摘 要																											
③施 術 内 容 欄	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× 回＝		円																												
合 計				円																													
一部負担金（1割・2割・3割）				円																													
請 求 額				円																													
施術日 訪問1① 通所○ 訪問2② 往療◎ 訪問3③		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
○往療又は訪問の理由（ 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他（ ） ）																																	
④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	施術所		所在地																													
	はり師・きゅう師登録記号番号			名 称																													
			電 話																														
			はり師・きゅう師 氏 名																														
⑤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																									
					令和 年 月 日																												
	同意医師の氏名		住 所		同 意 年 月 日		傷 病 名	要加療期間																									
				令和 年 月 日																													

- 【添付書類】・領収書（原本） ・医師の同意書（原本） ・施術報告書（写し）
- 同意書は、初療日または医師の同意日から6ヶ月の施術に対し有効となります。
有効期限後の施術分には医師の再同意書を添付してください。なお、有効期限内における2回目以降の申請にあつては省略可。
 - 施術報告書交付料を申請する場合は、施術報告書の写しを添付してください。
 - 初療の日から1年以上かつ月16回以上施術に該当する場合、継続理由・状況記入書の添付が必要です。
- 【注意事項】
- ◎同意した医師の診療報酬明細書を確認し、同月に他の医療機関等で同一部位の治療が行われていないかなど審査を経て支給の可否を決定します。従つて、支給時期は施術月から数ヶ月後となります。
 - ◎慢性病であつて医師による適当な治療手段のないものが対象です。
（本人からの施術希望、医療機関で治療中の傷病等は支給対象になりません。）