

提出先	健保組合
添付書類等	■医師の同意書（原本） ■領収書（原本）

		受付担当

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

被保険者
家族 療養費支給申請書（はり・きゅう用）

令和 年 月 日

下記のとおり申請いたします。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証 記号・番号	5 9	事業所名 所属部署	PayPayカード株式会社		
	被保険者氏名	(ワカガ)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
	被保険者住所	〒				
	傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)		発病または 負傷年月日	令和 年 月 日		
	発症又は負傷の原因 及びその経過				第三者行為に よるものですか	はい・いいえ
	診療又は手当を 受けた期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	施術に要した 費用の額	円	
	被扶養者に関する 申請のときはその者の	氏名	S・H・R	年 月 日	被保険者との 続柄	
	振込希望口座 (被保険者名義)	金融機関名		支店名	普通預金口座番号	

は り ・ き ょ う 師 が 記 入 す る 欄	初療年月日	令和 年 月 日	施術期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	実日数	請求区分		
	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 7. その他()				新規・継続		
	初検料	1.はり 2.きゅう 3.はりきゅう併用	円	円	円	円	転帰	
	施 術 料	はり	円× 回＝	円	円	円	※施術管理者以外が施術した 場合に記入	
		きゅう	円× 回＝	円	円	円	施術者名	
		はり・きゅう併用	円× 回＝	円	円	円	施術日	
		電療料	円× 回＝	円	円	円	※往料を必要とした場合に記入	
	往療料	4kmまで	円× 回＝	円	円	円	往療日	
	往療料	4km超	円× 回＝	円	円	円	往療を必要とした理由	
	施術報告書交付料(前回支給： 年 月分)		円× 回＝	円	円	円		
	費用合計			円	円	円		
	施術日	通院○	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○	月
	施 術 証 明 欄	上記の通り施術を行い、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	住所	〒				
		はり師免許登録番号	きゅう師免許登録番号	施術所名	施術管理者名	印	Tel	
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			
	再同意医師の氏名	住所	再同意年月日	傷病名	要加療期間			

受付日付印