

被保険者記入欄	被保険者証 の(左つめ)	記号(1か2か3)	番号(保険者番号06270748ではありません)	被保険者の生年月日 年 月 日	
	被保険者氏 名・印	(フリガナ)		自署の場合は押印を省略 できます	
	受診者氏名	氏名	続柄	受診者の生年月日 年 月 日	
	傷病名	発症または 負傷年月日	年 月 日		
	発病または 負傷の原因	(記入例:サッカーのクラブ活動中に転倒・自宅の階段で転倒・交通事故による等)		(いずれかに○をしてください) 業務上・第三者行為・その他	
	受領委任 について	本申請に基づく給付金に関する受領を、事業主に委任します。 (健康保険組合→事業主→本人口座)			委任します 印
	届出委任 について	※届出を事業主に委任される場合(右の承認印を押印) 添付書類をそろえて事業主へ提出し事業主から健保へ ※届出を事業主に委任しない場合(右の委任の承認印は押印不要) ①被保険者の記号、番号、氏名を記入し事業主へ提出 ②事業主から受領代理人である事業主印を押印されたものを受取る ③残りの必要事項を記入し、添付書類と一緒に被保険者から直接健康保険組合へ届出を行う			委任します 印

はり師・きゅう師記入欄	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 7.その他()			
	初検料	1.はり 2.きゅう 3.はりきゅう併用	摘要		
	施術料	はり	円×	回=	円
		きゅう	円×	回=	円
		はり・きゅう併用	円×	回=	円
		電療料(1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具)	円×	回=	円
	往療料	4kmまで	円×	回=	円
		4km超	円×	回=	円
施術報告書 交付料	(前回支給 年 月分)	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			
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。 年 月 日 はり師・きゅう師 住所		保険所登録区分	1.施術所所在地 2.出張専門施術者所在地	
同意記録	同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	
			年 月 日	要加療期間	

事業主証明欄	受領の代理人であることを証明します。 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称 事業主名

健保組合 記入欄	療養費用	自己負担額
	円	円
	差引支給額	備考
	円	

[注意事項] 1.発病または負傷の原因が業務上または通勤途中の事故による場合は、労災保険からの給付があるため健康保険から療養費は支給されません。
2.任意継続の方は、資格取得時に申請された給付金の振込口座への入金となります。
3.大阪ガス社員で届出を委任しない方は、①の時に返送用の重要便シールを同封してください。

[添付書類] 1.治療(施術)費の領収書(原本) 2.医師の同意書(初回および必要)3.内容により追加書類有

[記入上の注意] 1.摘要欄は、往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入してください。
2.初療の日から6ヶ月を経過した場合、医師の診察を受け診察日の記入のある同意書を添付し、同意をした医師の氏名、住所、再同意年月日、傷病名、要加療期間の指示等がある場合には、その期間を同意記録欄に記入してください。

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。

大阪ガス健康保険組合

受付日付印