

被保険者
家 族

療養費支給申請書 (はり、きゅう用)

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号・番号	記号 番号	② 被保険者名 氏 生年月日	生年月日	昭和・平成 年 月 日	印	
	③ 被保険者の現住所	〒 ー 電話 ()					
	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 発病又は負傷年月日	平成・令和 年 月 日					
	⑧ 発病又は負傷の原因(詳細に記入)	い つ・・・					
		ど こ で・・・					
	⑨ 第三者によるものですか	はい ・ いいえ					
		「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」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	名称					
⑫ 施術を受けた日(○を付けてください)	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1月につき1枚の申請が必要となります。						
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	㊟					
※ 同意医師へ確認させて頂くこともございますので、正確にご記入ください。							
(フリガナ) 払渡し希望銀行の口座	銀行 信用金庫	預金の種類	普通 当座	店番	口座名義人氏名(被保険者)		
	本店 支店		貯蓄	口座 番号	フリガナ	氏名	

備考欄

に委金 記入額 入すの る受 とと領 ところ ろきを	本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 令和 年 月 日 被保険者(申請者) 氏名 ㊟
	委任された者の 住所 氏名 ㊟

施 術 内 容 証 明 書 (はり、きゅう用)

(令和 年 月分)

① 被保険者の記号・番号	記号	② 受療者の氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日	本人
	番号		家族		
③ 施術内容欄 はり師・きゅう師記入欄	初療年月日	施 術 期 間	実日数	請求区分	
	年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	日	新規・継続	
	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 ()			転 帰 継続・治癒 中止・転医
	初検料	<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> はり(電気鍼併用) <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> きゅう(電気温灸器併用) <input type="checkbox"/> はり、きゅう併用 <input type="checkbox"/> はり、きゅう併用(電気鍼併用・電気温灸器併用)	円	摘 要	
	2 回 目 以 降	1. はり	円 × 回 =	円	
		2. きゅう	円 × 回 =	円	
		3. 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	
		加算 4km以上	円 × 回 =	円	
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円 × 回 =	円			
合 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			
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。 令和 年 月 日 施設の所在地 はり師、きゅう師 名称 氏 名 ㊟ 電 話				
	はり師 免許登録番号 () きゅう師 免許登録番号 ()				
⑤ 同意記録	同意医師氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要 加 療 期 間
			年 月 日		
⑤ 同意記録	再同意医師氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要 加 療 期 間
			年 月 日		

【添付書類】 ● 領収書(原本) ● 医師の同意書(原本)
 (初療日または医師の同意日から6か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。)

【注意事項】 慢性病であって医師による適切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。