

# 療養費支給申請書 ( 年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	○被保険者証の記号・番号				○発病又は負傷年月日				○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)											
					年 月 日															
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名 (フリガナ)				続 柄 1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ( )		○発症又は負傷の原因及びその経過  ○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他													
													年 月 日生							
申 請 欄	下記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 〒 住所 年 月 日 被保険者 (請求者) 徳洲会健康保険組合理事長 殿 氏 名 電 話																			
	金融機関名 銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所				預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. その他 ( )															
	<input type="checkbox"/> 口座名義カタカナで記入				<input type="checkbox"/> 口座番号															
委 任 欄	被保険者 (請求者) 本申請に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 年 月 日 住所 氏 名				代理人 ※代理人が署名してください 被保険者 (請求者) との関係 ( ) 住所 氏 名															
													初 療 年 月 日				施 術 期 間 自・ 年 月 日 ~ 至・ 年 月 日			
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 ( )				摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 . . . 日																
								初 検 料 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用				円				※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日				
施 術 内 容 はり 円 × 回 = 円 きゅう 円 × 回 = 円 はり・きゅう併用 円 × 回 = 円 電療料 円 × 回 = 円 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具				往療料 4 km まで 円 × 回 = 円 往療料 4 km 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																往療を必要とした理由
								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				
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 年 月 日 所在地 はり師免許登録番号 _____ 施術所名 きゅう師免許登録番号 _____ 施術管理者名 電話																				
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			
									年 月 日											

**<記入にあたっての注意事項>**

- 申請書は暦月を単位として作成してください。
- 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

**<提出の流れ>** 本人→健康保険組合へ提出

※当該申請書を提出の際には、**施術に要した費用の領収書 (原本)** を必ず添付してください。

**<その他添付書類 (該当する場合) >**

- 医師の同意書 (原本)       施術報告書 (写し)       往療状況確認表       1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

**<その他の注意事項>** 医療機関との併用確認等のため、支給はおよそ施術月より4~5カ月後になる場合があります。