

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	○健康保険者の証の番号・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																													
	（フリガナ） 施術を受けた者の氏名 男・女 昭・平・令 年 月 日生										続 柄										○発症又は負傷の原因及びその経過																			
											1. 本人										○業務上・外、第三者行為の有無																			
											2. 配偶者										1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																			
	3. 子										○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載）																													
	4. その他																																							
	()																																							
	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。 年 月 日 住所 被保険者 (請求者) 氏名 電話																													
	振込口座										金融機関名 銀行 金庫 農協 本店 支店 出張所 預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. その他 ()																													
口座名義 カタカナで記入										口座番号																														
給付金に関する受領を代理人に委任する（被保険者（請求者）名義以外の口座に振込を希望される）場合は委任欄に記入してください。ただし、 代理人は被保険者（請求者）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委任はできません。																																								
委任欄										被保険者（請求者） 年 月 日 住所 氏名										※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																				
施 術 者 が 記 入 す る と こ ろ	初療年月日 年 月 日										施術期間 自・ 年 月 日～至・ 年 月 日										実日数 日										請求区分 新規・継続									
	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 ()										転 帰 継続・治療・中止・転医																													
	初検料（1はり 2きゅう 3はりきゅう併用）										円										摘 要																			
	施 術 内 容 欄										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																													
	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、神経障害などにより独歩による外出困難 3. その他（ ））																																								
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 施術所 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																														
登録記号番号										所在地 名称 施術管理者 氏名 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																														

＜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、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