

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		○発症又は負傷の原因及びその経過																																																										
			男・女								1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()		○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																																																										
○施術した場所																																																																							
施 術 者 が 記 入 す る と こ ろ	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 徳洲会健康保険組合理事 殿																																																																				
	振 込 口 座		金融機関名 銀行 金庫 信組 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)		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																																																							
施 術 者 が 記 入 す る と こ ろ	施 術 内 容 欄		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 料		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																																																				
			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																																																				
			明細書発行加算										円×				回＝		円																																																				
			合 計										円																																																										
施 術 日		訪 問 1 ①		訪 問 2 ②		訪 問 3 ③		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 登録記号番号										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																																																									
		所在地 名称 施術管理者 氏名										電話																																																											
		同意医師の氏名 住所										同意年月日 傷病名 要加療期間																																																											
同 意 記 録												年 月 日																																																											

<記入にあたっての注意事項>

更新年月日 R8. 7. 27

○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） □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。