

記入例

療養費支給申請書 (6 年 10 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号										○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過													
	1	1	0	1	—	2	1	1	1	平・令	3	年	5	月	1	日	(医師の同意を受けた傷病名を記入) 医師による(傷病名)の治療を継続してうけていたが、慢性的な痛みが緩和されないことから、医師による同意により針治療に変更した。									
	療養を受けた者の氏名 (フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子 男 女 昭・平・令 50 年 5 月 1 日生										続柄 妻		○業務上・外、第三者行為の有無 (1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()) ○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)													
													照会等の同意 <input checked="" type="checkbox"/> 私は、本給付金の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、担当医、事業主、年金事務所、又は他の関係する保険者等に必要情報を提示すること及び照会を行うことに同意します。 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください													

施 術 内 容 証 明 欄	初療年月日										施術期間										実日数		請求区分											
	平・令 年 月 日										自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日										日		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・治癒・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											
	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													
	材料(加算/ 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)										円× 回＝										円													
	別地域(加算)										円× 回＝										円													
	材料										円× 回＝										円													
	報告書交付料(前回支給: 年 月分)										円× 回＝										円													
費用額計										円																								
施術日										訪問1① 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 通所○訪問2② 月 往療○訪問3③																								
○往療又は訪問の理由(1. 徒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、精神障害などにより徒歩による外出困難 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。										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										
	令和 年 月 日										〒		—										
	免許登録番号										はり師		住所										
免許登録番号										きゅう師		氏名										電話	

申 請 欄	上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。										〒444-0018																																							
	令和 6 年 11 月 1 日										申請者 住所 知立市山屋敷町1-1 F U J I 健康保険組合 殿 (被保険者) 氏名 健保 太郎 電話 0566-82-8222																																							
支 払 機 関 欄	預金の種類 1. 普通 2. 当座										金融機関名 三菱UFJ 支店名 知立 本店 出張所																																							
	口座名義 カタカナで記入 フジ タロウ										口座番号 1 2 3 4 5 6 7																																							
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									
	加藤 太郎										知立市山屋敷町10-5										令和 6 年 10 月 1 日										(医師の同意を受けた傷病名を記入)																			

<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。

二重線内(「施術内容欄」および「施術証明欄」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。

「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。

「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

※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