

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費 支給申請書(はり・きゅう用)

1/2 被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	記号・番号	記号 □□□□	番号 □□□□□□	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	□□年 □□月 □□日
	氏名	フリガナ			電話番号	□□□□ - □□□□ - □□□□
	住所	〒 □□□□ - □□□□				

振込先指定口座	金融機関名称	(銀行) (金庫) (信組) (本店) (支店) (農協) (漁協) (本所) (出張所) (支所) (その他)			
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 別段 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 通知	口座番号	□□□□□□□□	
	口座名義(カタカナ)	▼姓と名の間は1マスあけてご記入ください。			口座名義の区分

※代理人の場合は必ず、「受取代理人欄」に記入・押印してください。

受取代理人欄	被保険者氏名	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。			
	代理人の情報	住所	〒 □□□□ - □□□□	氏名	令和 年 月 日
	電話番号			委任者と代理人の関係	

申請内容	受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		
	家族の場合はその方の	【氏名】	【続柄】	
	傷病名	発症または負傷年月日	令和 □□年 □□月 □□日	
	発症・負傷の原因・状況	<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 第三者行為によるもの <input type="checkbox"/> 業務外 【発症・負傷の原因】( )		
	診療を受けた医療機関の情報	名称	所在地	施術者の氏名
	施術を受けた期間	令和 □□年 □□月 □□日	から	□□年 □□月 □□日

10割負担した領収書の金額 円

【添付書類】

① 施術に要した費用の領収書(原本)

② (初回請求の場合) 医師の同意書(原本)

※同意年月日から6ヶ月以内に複数回申請される場合は、初回の医師の同意書(原本)をコピーして保管し、2回目以降はコピーを添付してください。

※6ヶ月を超えて引き続き施術を受ける場合、医師の再同意の同意書(原本)・施術者が医師へ提出した施術報告書のコピーを添付してください。

(変形性徒手矯正術は1ヵ月)

※初回施術から1年以上経過していて、1ヵ月の施術回数が16回以上の方は、1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書を添付してください。

【注意事項】

※発病または負傷の原因が業務上・通勤途中の事故による場合は、労災保険給付に該当するため、健康保険組合から療養費は支給されません。

健保組合使用欄

常務理事	事務長	担当	担当

療養費支給申請書 ( 年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者の記号番号				○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											
					年 月 日															
	療養を受けた者の氏名				(フリガナ)				続柄				○業務上・外、第三者行為の有無							
					男・女								( 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ( ) )							
				昭・平・令 年 月 日生								○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)								
施 術 内 容 欄	初療年月日				施術期間				実日数				請求区分							
	( ) 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				転 帰				継続・治癒・中止・転医							
	5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ( )																			
	初検料								円				摘 要							
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用																			
	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												
費用額計				円																
施術日 訪問1① 通所② 訪問2② 往療③ 訪問3③				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っての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神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。								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								〒 -											
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。								〒 -											
	令和 年 月 日								申請者 住所				氏名 電話							
支 払 機 関 欄	支払区分				預金の種類				金融機関名				銀行 本店							
	1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払				1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段								金庫 支店 農協 出張所							
口座名義カタカナで記入				口座番号								郵便局								
同 意 記 録	同意医師の氏名				住 所				同意年月日				傷 病 名							
									令和 年 月 日											
本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) 氏名 住所 代理人 氏名																				

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に記入してください。