

被保険者
家 族

療養費支給申請書（はり・きゅう用）

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記 号		番 号		被保険者氏名		
	所 属	事業所名 ☐ 特例退職 ☐ 任意継続				生年月日	昭和 平成 年 月 日	
	被保険者 住所	(〒 -) TEL () -				○施術した場所（入居施設や住所地特例等、被保険者 住所とことなる場合に記載）		
	傷病名					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	
	発病又は負傷の 原因及びその経過					発病又は 負傷年月日	昭和 令和 平成 年 月 日	
	施術を受け た施術所	名 称				施術者氏名		
		所在地						
	施術の期間 (支給期間：月単位)		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	日数		日	施術に要した 費用の額	円
	※ 被扶養者（家族）が施術を受けた場合に記載							
	被扶養者氏名				生年月日	昭和 令和 平成 年 月 日	続柄	

※ 退職後の請求の場合に記載 《特例退職・任意継続の方は記入不要 保険料を引き落としている口座に入金します》							
入社年月日		昭和・平成・令和 年 月 日			退職年月日		令和 年 月 日
フリガナ					預金種目	☐ 普通 ☐ 当座	フリガナ
金融機関名	銀行		支店		口座番号	名 義	
備考							

鍼 灸 師 記 入 欄	施 術 内 容 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						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											
		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													
			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			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. 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、精神障害などにより独歩による外出困難 3. ()）																			
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					住所 施術所名称													
	免許登録番号 _____ はり師 氏名																		
	免許登録番号 _____ きゅう師 電話																		
同 意 記 録		同意医師の氏名		住 所		初診同意年月日		再同意年月日		傷病名		要加療期間							
	前回																		
	今回																		
健 保 記 入 欄	支 給 額		¥			支給決定日		令和 年 月 日											
				支給決定 並びに 支出決議		常務 理事			担当 者										

本紙に記載された個人情報、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

事業所 受付印	
------------	--

〔添付書類〕
①受診者名が明記された領収書（原本） ※ 苗字または名前のみは不可 ※ 領収印及び施術所名称等があるもの ※ レシートタイプ不可
②保険医療機関開いて保険医の診察を受け、交付してもらった同意書（原本）を添付、6ヵ月を超えて引き続き施術を受ける際も同様です。
〔（被保険者）注意事項〕
①特例退職・任意継続の方は保険料を引き落としているご指定の口座への入金となります。
①やむを得ない理由で傷病を診断した医師以外が同意する場合、その理由を摘要欄に記載してください。
〔（施術師）注意事項〕
②保険医療機関での同一疾病による治療や投薬（湿布薬や痛み止め等含む）、接骨院・整骨院（柔道整復師）、あんま・マッサージとの併給はできません。