

療養費支給申請書 【和暦（ ） 年 月分】はり・きゅう用

被保険者が記入するところ	被保険者の記号番号		事業所名(会社名)	
	—			
	被保険者氏名・捺印		住所	
			〒	
	療養を受けた方の氏名		生年月日	続柄
			和暦( ) 年 月 日	
	傷病名		発病または負傷年月日	
			和暦( ) 年 月 日	
	発病の原因および経過		業務上・外、第三者行為の有無	<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 第三者行為である <input type="checkbox"/> その他
	被保険者振込み先口座	金融機関名		支店名
		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所		
<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号	フリガナ	名義人

はり・きゅう師が記入するところ	施術内容欄				
	初療年月日	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・治癒・中止・転医
	初検料	1. はり 2. きゅう 3. はりきゅう併用			円
	施術料	はり			円 × 回 = 円
		きゅう			円 × 回 = 円
		はり・きゅう併用			円 × 回 = 円
		電療料 1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具			円 × 回 = 円
	往療料	4 km まで			円 × 回 = 円
	往療料	4 km 超			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				
	施術日 通院○ 往寮◎	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			
	施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収したことを証明します。			
	和暦( ) 年 月 日	〒			免許登録番号
住所	(印)			はり師	
氏名	〒			免許登録番号	
保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地				
同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間 年 月 日から 年 月 日	

上記のとおり申請いたします。 提出日 和暦( ) 年 月 日

記入欄	支給決定額	円
	支給決定日	年 月 日

健保受付印

## 《記入上の注意点》

[被保険者の方へ]

- 1.申請書は、ひと月ごとに作成ください。
- 2.領収書の原本を必ず添付してください。その際、宛名を記載してもらってください。
- 3.初めてかかったときの請求の場合は、「医師の同意書」(原本)を添付してください。  
また、6カ月を超えて引き続き、はり・きゅうの施術を受ける場合は、再度、保険医から同意書の交付を受ける必要があります。
- 4.「発病の原因および経過」はできるだけ詳しく記入してください。
- 5.傷病の原因が業務上、または通勤途中の場合は、労災保険に該当するため、健康保険組合への請求はできません。事業所の担当者へご連絡をお願いします。
- 6.負傷原因が第三者によるものであるときは、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。健保組合にご連絡ください。

[はり・きゅう師の方へ]

- 1.往療が行われた場合は、往療を必要とした理由を「摘要」欄にご記入ください。
- 2.初療の日から6カ月を経過した時点において、更に施術を行う場合、再同意した「医師の同意書」を必ず患者より提出してもらってください。(原本は患者が当健保組合に支給申請する際に必要です)申請書の「同意記録」欄に同意した医師の氏名、住所等をご記入ください。