

※印欄は記入しないでください。

※支給決議書	支払額	法定給付	円	常務理事	事務長	会 計	担 当	被扶養者台帳 照合印
		付加給付	円					
		合 計	円					
	支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間					資格 得 喪	年 月 日
								年 月 日
	備考						合計	円
一部負担							円	

被保険者
家 族

療養費支給申請書

(はり・きゅう用)
令和 年 月分

◎ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を記入してください。

被保険者が記入するところ	被保険者証の 記号・番号	記号		番号		事業所名称				
	社員番号									
	被保険者の 氏 名					被保険者の 生年月日	昭和 平成	年 月 日		
	療養が被扶養者 に関するときはそ の者の	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄	
	傷 病 名					発病又は 負傷年月日	令和	年 月 日		
	発病又は負傷の 原因とその経過							第三者行為によるものですか		
								はい ・ いいえ		
	被保険者振込先口座	銀行(銀行コード)				口座番号	(普 ・ 当)			
店(店コード)						口座名義(カタカナで記入)				

はり師・きゅう師が記入するところ	施 術 内 容 欄	傷病名	初療年月日																		施術期間																																																																					
			年 月 日																		年 月 日 ~ 年 月 日																																																																					
			1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症																		実日数 日																																																																					
			6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()																		請求区分																																																																					
		初検料	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用																		円												新 規 ・ 継 続																																																									
			施 術 料	は り	円 × 回 = 円																		転 帰																																																																			
		きゅう		円 × 回 = 円																		継続・治癒・中止・転医																																																																				
		はり・きゅう併用		円 × 回 = 円																		摘 要																																																																				
		電療料		円 × 回 = 円																																																																																						
		1. 電気針 2. 電気温灸器		円 × 回 = 円																																																																																						
	3. 電気光線器具																																																																																									
	往療料 4kmまで		円 × 回 = 円																																																																																							
	往療料 4km超		円 × 回 = 円																																																																																							
	合 計		円																																																																																							
施術日 通院○/往療◎		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他																																																																	
	令和 年 月 日																																																																																									
	免許登録番号																		はり師 住所																		電話																																																					
免許登録番号																		きゅう師 氏名																																																																								
同 意 記 録	同意医師氏名																		住 所																		同意年月日																		傷病名																		要加療期間																	
																																					令和 年 月 日																																																					

◎ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を記入してください。

受付日付印

< 記入上の注意点 >

被保険者の方へ

- 1 「被保険者が記入するところ」の欄をすべてご記入ください。
- 2 申請書は暦月単位ごとに作成してください。
- 3 領収証の原本を必ず添付してください。
- 4 初めてかかったときの申請の場合、「医師の同意書」(原本)を添付してください。
***6カ月を超えて引き続き施術が必要な場合は、保険医の診察を受け、同意書(文書)の交付を受ける必要があります。**
口頭同意は認められなくなり、同意書(文書)による交付が必要となります。
- 5 「発病又は負傷の原因とその経過」欄はできるだけ詳しくご記入ください。
- 6 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、健康保険組合への申請はできません。
事業所の担当者へご連絡ください。
- 7 傷病原因が第三者によるものであるときは、別途「第三者の行為による傷病届」が必要となります。健康保険組合にご連絡ください。

はり師・きゅう師の方へ

- 1 「はり師・きゅう師が記入するところ」の欄にご記入ください。
- 2 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。
- 3 **6カ月を超えて引き続き施術が必要な場合は、保険医の診察を受け、同意書(文書)の交付を受ける必要があります。**
口頭同意は認められなくなり、同意書(文書)による交付が必要となります。