

※請求の効力は2年です  
 ※治療内容の確認の為、支払いに  
 半年ほどかかる場合があります  
 ( 年 月 施術分)

被保険者  
被扶養者

療養費支給申請書 (はり・きゅう用)

|  |  |  |                         |           |                        |  |
|--|--|--|-------------------------|-----------|------------------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄  | 被保険者証 記号-番号  | 被保険者氏名 (裏面を全て確認の上、請求します)   |                         | 連絡先       |                        |  |
|  | 20 - 0000000   | 日清 健太 ㊦  |                         | 自宅        | 03-0000-0000           |  |
|  | 所属   | 照会等の同意   |                         | 勤務先       | 03-0000-0000 (内線 0000) |  |
|  | 受療者氏名  | 私、本療養費の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、医療機関等の関係機関、又は他の関係する保険者等に必要な情報を提示すること及び照会することに同意します。また、この請求書の写しも有効であることに同意します。 |                         |           |                        |  |
|  | 日清 保子  | 令和 年 月 日 被保険者氏名  |                         | 日清 健太 ㊦   |                        |  |
|  | 受療者住所  | 続柄   | 年齢                      | 生年月日      | 発症・負傷年月日               |  |
|  | 〒 000-0000<br>東京都中央区日本橋〇丁目〇番地  | 妻  | 43                      | 昭・平 年 月 日 | 年 月 日                  |  |
|  | 傷病名  | 傷病の原因及びその経過を詳しくご記入ください   |                         |           |                        |  |
|  | 腰痛症  | (いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)   |                         |           |                        |  |
|  | 第三者行為又は業務上による傷病ですか?  | 医療助成受給者ですか?  |                         | 施術に要した費用  |                        |  |
| <input type="checkbox"/> はい ⇒ 申請前に健保組合までお問い合わせください<br><input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 子ども医療 <input type="checkbox"/> 障がい者医療<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 <input type="checkbox"/> その他 |  | ※月単位(1日～月末までの合計金額)<br>円 |           |                        |  |

|   |   |   |          |         |                       |  |
|---|---|---|----------|---------|-----------------------|--|
| 施<br>術<br>内<br>容<br>・<br>証<br>明<br>欄<br>(<br>施<br>術<br>者<br>記<br>入<br>)             | 初療年月日   | 施 術 期 間   |          | 実日数     | 請求区分                  |  |
|   | 令和 年 月 日  | 自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日   |          | 日       | 新規・継続                 |  |
|   | 傷 病 名   |   |          |         | 転 帰                   |  |
|   | <input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩<br><input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他( ) |   |          |         | 継続・治癒・中止・転医           |  |
|   | 初検料   | <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> はり・きゅう    |          | 円       | 摘 要                   |  |
|   | 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)   | <input type="checkbox"/> 電気針 <input type="checkbox"/> 電気温灸器 <input type="checkbox"/> 電気光線器具 |          | 円       |                       |  |
|   | 往療  | 往療料 4kmまで   |          | 円× 回=   | 円                     |  |
| 往療料 4km超  |   | 円× 回=   | 円        |         |                       |  |
| 報告書   | 施術報告書交付料(前回支給: 年 月 日)   |   | 円× 回=    | 円       |                       |  |
| 合計  |   |   | 円        |         |                       |  |
| 施術日:通院〇 往療〇 ( 月 施術分)  |   |   |          |         |                       |  |
| 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 |   |   |          |         |                       |  |
| 上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。   |   |   |          | 保健所登録区分 | 1.施術所所在地 2.出張専用施術者所在地 |  |
| 令和 年 月 日  |   | 所在地   |          |         |                       |  |
| はり師 免許登録番号 ( )  |   | 施 術 所 名   |          |         |                       |  |
| きゅう師 免許登録番号 ( )   |   | 氏 名   |          | ㊦ 電話    |                       |  |
| 同意記録  | (再)同意医師の氏名  | 同意医師の住所   | 同意年月日    | 傷病名     | 要加療期間                 |  |
|   |   |   | 令和 年 月 日 |         |                       |  |

【提出方法】本人記入 → 施術所記入 → 本人 → 健保

【添付書類】・医師の同意書(原本もしくは写し)※1※2 ・施術に要した費用の領収書(原本) ・施術報告書(写し)※3

【注意事項】※1 初療、および、6カ月を超えて引き続き申請する場合は、医師の診察を受けた上で交付された「医師の同意書」(原本)を添付

※2 継続して申請される場合、2回目以降の申請時は、「医師の同意書」(写し)を添付(有効期限6ヶ月)

※3 施術報告書交付料の申請がある場合のみ、施術者より記入をうけた「施術報告書(写し)」を添付

|       |       |           |             |    |    |    |          |
|-------|-------|-----------|-------------|----|----|----|----------|
| 支 給 額 |       | 支 給 決 議 書 |             |    |    | 決定 | 令和 年 月 日 |
|       |       | 常務理事      | 事務長         | 給付 | 支出 | 支払 | 令和 年 月 日 |
|       |       |           |             |    |    |    |          |
| 支給期間  | 年 月 日 | 資格取得      | 昭・平・令 年 月 日 |    |    |    |          |
|       | 年 月 日 | 資格喪失      | 令和 年 月 日    |    |    |    |          |