

☐被保険者

☐被扶養者

療養費支給申請書（はり・きゅう用）

※申請の効力は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<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄                 | 記号一番号 |                                                                                                                                                                                         | 被保険者氏名（裏面を全て確認の上、請求します）                                                       |                      |             |          | 連絡先      |          |              |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                 | —     |                                                                                                                                                                                         |                                                                               |                      |             |          | 自宅       |          |              |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                 |       |                                                                                                                                                                                         |                                                                               |                      |             |          | 勤務先      |          | （内線 ）        |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                 | 所属    |                                                                                                                                                                                         | 照会等の同意                                                                        |                      |             |          |          |          |              |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                 | 〒     |                                                                                                                                                                                         | 私は、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。 |                      |             |          |          |          |              |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                 | 受療者氏名 |                                                                                                                                                                                         | また、この申請書の写しも有効であることに同意します。                                                    |                      |             |          |          |          |              |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                 |       |                                                                                                                                                                                         | 年 月 日                                                                         |                      | 被保険者氏名（署名）  |          |          |          |              |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                 | 受療者住所 |                                                                                                                                                                                         | 続柄                                                                            | 年齢                   | 生年月日        |          | 発症・負傷年月日 |          |              |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                 | 〒     |                                                                                                                                                                                         |                                                                               |                      | S・H・R 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                                                        |                      |             |          |          |          |              |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                 |       |                                                                                                                                                                                         |                                                                               |                      |             |          |          |          |              |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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合せください |       | <input type="checkbox"/> はい⇒ <input type="checkbox"/> 子ども医療 <input type="checkbox"/> 障害者医療 <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） 円 |             |          |          |          |              |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 給付金振込先（被保険者名義）※裏面の4項③をご確認下さい。                   |       |                                                                                                                                                                                         |                                                                               |                      |             |          |          |          |              |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                 |       | 銀行・信金<br>信組・農協                                                                                                                                                                          | 店<br>番                                                                        |                      |             | 支店<br>本店 | 種別       | 普通<br>当座 | 口座番号<br>（右詰） |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名義人氏名<br>（カタカナ）                                 |       |                                                                                                                                                                                         |                                                                               |                      |             |          |          |          |              | ←名義人氏名は被保険者（従業員）名を<br>カタカナでご記入ください。 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                             |          |          |                       |         |     |       |             |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|-----------------------|---------|-----|-------|-------------|--|--|
| 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                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                             | 令和 年 月 日 |          | 自 令和 年 月 日～至 令和 年 月 日 |         | 実日数 |       | 請求区分        |  |  |
|                                                                         |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                             |          |          |                       |         | 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・きゅう併用  |          |          | 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 月分）                                                                        |          |          |                       | 円 × 回 = |     | 円     |             |  |  |
|                                                                         | 合計                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                             |          |          |                       | 円       |     |       |             |  |  |
|                                                                         | 施術日：通院○ 往療○ （ 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. 出張専門施術者所在地                 |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                             |          |          |                       |         |     |       |             |  |  |
| 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 【支払】 原則、各月10日到着分を当月27日に指定口座へ支払

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

【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

|                                 |         |               |       |                            |     |     |     |
|---------------------------------|---------|---------------|-------|----------------------------|-----|-----|-----|
| 健<br>保<br>組<br>合<br>処<br>理<br>欄 | 給付区分コード | 211           | 区分    | 1.本外 2.六外 3.家外 4.高外一 5.高外7 |     |     |     |
|                                 | 家族番号    |               | 資格取得日 |                            |     |     |     |
|                                 | 医療扶助    | 有（ ）・無        | 資格喪失日 |                            |     |     |     |
|                                 | 支給額     | 7割・8割・9割      | 円     | 室 長                        | 検 討 | 担 当 | 受 付 |
|                                 |         | （高額・付加）有・無・停止 |       |                            |     |     |     |
| 備考                              |         |               |       |                            |     |     |     |

## <注意事項>

### 1. 申請ができるとき

慢性病(慢性的な疼痛を主訴とする疾病)で、医師による診察の上、適当な治療手段がなく、医師が交付する、施術への「同意書」を持参し、はり・きゅうの施術を受けた場合

<対象となる傷病>

・神経痛 ・リウマチ ・頸腕症候群 ・五十肩 ・腰痛症 ・頸椎捻挫後遺症

※神経痛・リウマチ等と同等の慢性的な痛みを主な症状とするものについては、上記以外でも認められることがあります。

### 2. 申請の流れ

|            |                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 医師の同意  | <p>・医師から「はり・きゅう」の施術について同意を受ける<br/>(初回申請時は『①(施術に対する)医師の同意書』の交付を受け、コピーを手元に保管)</p> <p>医師の同意の有効期間は6ヶ月となります。同意書の有効期間を超え施術を受ける場合は、医師の診察を受けた上で、改めて「①医師の同意書」の再交付を受けて下さい。</p> <p>同意日 1日～15日:同意月の5ヶ月後の末日まで有効<br/>同意日 16日～末日:同意月の6ヶ月後の末日まで有効</p> |
| (2) 施術を受ける | <p>・施術所にて施術に要した費用の全額を支払う<br/>・『②領収証』の発行を受ける</p>                                                                                                                                                                                       |
| (3) 申請書の作成 | <p>・『療養費支給申請書(はり・きゅう用)』に必要事項を記入<br/>・施術者(鍼灸師等)に療養費支給申請書内『施術内容』の証明を受ける</p> <p>申請書は施術を受けた月ごとにご用意ください<br/>申請書は健保ホームページから取得いただけます。※「あん摩・マッサージ・指圧用」「はり・きゅう用」と2種類有</p>                                                                      |
| (4) 申請書の提出 | <p>・(3)で作成した『療養費支給申請書(はり・きゅう用)』を健保へ提出<br/>添付書類:『①医師の同意書(原本もしくは写し)』『②領収証(原本)』『③施術報告書(写し)』</p> <p>「①医師の同意書」は有効期間内に2回目以降申請する場合は、写しを添付してください。<br/>(初回申請時または再同意の際の同意書は原本添付必須)<br/>「③施術報告書(写し)」は交付された場合のみ添付してください。</p>                      |
| (5) 審査～支払い | <p>・健保にて審査のうえ支給決定<br/>(給付金は毎月27日(27日が休日の場合は前日)に健保登録口座へ振込み)</p> <p>※他医療機関との併用確認等のため、お支払いは最短でも施術を受けた月から3ヶ月後となります</p>                                                                                                                    |

### 3. 締切日と支給日

- ①締切日は毎月10日(土・日・祝日の場合はその前日)です。(健康保険組合必着)  
但し、毎年8月に限り(長期連休があるため)締切日を稼働日2日目に変更します。
- ②①の締切日までに健康保険組合に届いた分について、当月27日(土・日・祝日の場合はその前日)に健保登録口座へ振り込みます。手続上、入金までに2～3日要する場合がありますのでご了承下さい。  
また、書類の不備や内容の調査等により支給を決定するまでに半年ほどかかる場合があります。
- ③請求の時効は2年です。2年以内に提出して下さい。(時効の起算日:はり・きゅうの費用を支払った日の翌日)

### 4. 申請書記入上の注意事項

- ①ボールペンで記入し(鉛筆書き不可)記入もれ・印もれのないようにして下さい。
- ②治療を受けた際に、窓口で個人負担分の一部または全部を支払っていない方は、医療助成受給者確認欄にチェックを入れて下さい。
- ③**健保登録口座がある事業所**は、原則、健保登録口座に振り込みますので、振込先は記入不要です。  
※登録口座のある事業所一覧については、下記デンソー健康保険組合HPをご覧ください。  
【健保の給付】→病気やけがをしたとき→●健保登録口座がある事業所一覧  
[https://www.denso-kenpo.or.jp/benefit\\_index/sick\\_list](https://www.denso-kenpo.or.jp/benefit_index/sick_list)  
上記以外の事業所の場合:表面の給付金振込先をご記入下さい。(健保給付金振込みが2回目以降の方は記入不要)  
※健保登録口座以外の振り込みは出来ません。  
(請求書または申請書等により、健保からの給付金を受け取ったことがある方はその口座が登録口座となります。)

### 5. 添付書類

- ①医師の同意書(原本もしくは写し)…初回申請時または再同意の際の同意書は原本、2回目以降の申請で同意書有効期限内は写しを添付
- ②施術に要した費用の領収証(原本)
- ③施術報告書(写し)(交付された場合)…再同意の際、施術報告書の交付があり、交付料を請求する場合、写しを添付

### 6. 個人情報保護について

- ①ご記入いただいた個人情報は、健康保険組合からのご案内及び保険給付等の支払いに使用する場合があります。
- ②個人情報保護に関しては、<https://www.denso-kenpo.or.jp/policy> をご覧下さい。

### 7. その他

- ①「医師の同意書」は有効期間内に2回目以降申請する際は写しの提出が必要です。提出前にコピーを手元に保管下さい。
- ②詳細についてはデンソー健康保険組合HP <https://www.denso-kenpo.or.jp> をご覧下さい。

### 8. 問い合わせ先

デンソー健康保険組合 給付G 〒448-8661 愛知県刈谷市昭和町一丁目1番地(社内メール〒1130)  
外線 TEL 0566-25-9620 FAX 0566-24-6301  
内線 TEL 551-89148

E-mail [kenpo\\_kvufu@jp.denso.com](mailto:kenpo_kvufu@jp.denso.com)