

記入例

療養費支給申請書 (はり・きゅう用)

被保険者証 記号一番号 1 - 123456	被保険者氏名 (裏面を全て確認の上、請求します) 健保 太郎	連絡先 自宅 0000-00-0000 勤務先 0000-00-0000 (内線551-12345)
所属 〒1234 ○○部○○室○○課	私は、本療養費の支給の 関係する保険者等 また、この請求書の写 医療機関等の関係機関、又は他 することに同意します。	必ず請求書裏面、記入例を全て 確認した上で請求して下さい。
受療者氏名 健保 花子	〇〇年 〇月 〇日	被保険者氏名 健保 太郎
受療者住所 〒000-0000 愛知県刈谷市○○町〇丁目〇番地	続柄 妻 年齢 〇〇 生年月日 〇〇 年 〇 月 〇 日	発症・負傷年月日 〇〇 年 〇 月 〇 日
傷病名 腰痛症	傷病の原因及びその経過を詳しくご記入ください (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? <input type="checkbox"/> はい ⇒申請前に健保組合まで お問合せください <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	医療助成受給者ですか? <input type="checkbox"/> はい⇒子ども医療 <input type="checkbox"/> 障害者医療 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療 <input type="checkbox"/> その他	施術に要した費用 ※月単位(1日～月末までの合計金額) 4,620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。		
振込先の記入方法は、裏面の4頁③をご確認ください。		
名義人氏名 (カタカナ) ケンポ タロウ	←名義人氏名は被保険者(従業員)名を カタカナでご記入ください。	

被 保 険 者 記 入 欄	初療年月日 令和 年 月 日	施術期間 自 令和 年 月 日～至 令和 年 月 日	実日数 日	請求区分 新規・継続	
	傷病名 <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 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 ()			転帰 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		摘要	
	施術内容・ 証明欄 (施術者記入)	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			
	往療	往療料 4kmまで	円 × 回 = 円		
	往療	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: 通院〇名 (月施術分) 1 2 3 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 上記の通院日 〇〇年 〇月 〇日 所在地 〇〇 はり師 免許登録番号 () 施術所名 〇〇 きゅう師 免許登録番号 () 氏 名 〇〇 電話 〇〇-〇〇-〇〇〇〇 (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					

**施術報告書交付料を申請する場合、「施術報告書」の
写しの添付が必要です。**

施術者記入欄

- 【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、必ず「医師の同意書」(原本)を添付
 ※3 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)
 ※4 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 保 組 合 処 理 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 (高額・付加)有・無・停止	支給期間	室長 検討 担当 受付
	備考			