

☐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 保 険 者 記 入 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	
	1 — 123456		健保 太郎		自宅	0000-00-0000
					勤務先	0000-00-0000 (内線551-12345)
	受療者氏名		本人の同意			
	健保 花子		私は、本療養費の支給に の関係する保険者等に必 また、この申請書の写しも			
	生年月日		続柄	機関等の関係機関、又は他 ることに同意します。		
	S H・R ○○年 ○月 ○日		妻	○○年 ○月 ○日 被保険者氏名 健保 太郎 (署名)		
	受療者住所		施術した場所		発症・負傷年月日	
	〒000-0000 愛知県刈谷市○○町○丁目○番地		□施術所 □自宅 ☒ その他 (入居施設)		○○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		
□はい ⇒申請前に健保組合まで お問合せください		□はい⇒□子ども医療 □障害者医療 ☒ いいえ □ひとり親家庭等医療 □その他		※月単位(1日～月末までの合計金額) 0,000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。		

施 術 内 容 ・ 証 明 欄 (施 術 者 記 入)	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																											
	□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 □その他 ()					継続・治癒・中止・転医																											
	初検料	□はり □きゅう □はり・きゅう併用				円	摘要																										
	施 術 料	はり・きゅう	施術の種類	1術	回	2術	回																										
		通所		円 ×	回 =	円																											
		訪問施術料 1		円 ×	回 =	円																											
		訪問施術料 2		円 ×	回 =	円																											
		訪問施術料 3 (3人～9人)		円 ×	回 =	円																											
		訪問施術料 3 (10人以上)		円 ×	回 =	円																											
		電療料 (加算/ □電気針 □電気温灸器 □電気光線器具)		円 ×	回 =	円																											
		特別地域 (加算)		円 ×	回 =	円																											
		往 療 料		円 ×	回 =	円																											
		施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)		円 ×	回 =	円																											
	合 計				円																												
	施術日 訪問1①	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	
	通所 □ 訪問2②																																
	往療 □ 訪問3③																																
	往療又は訪問の理由: 精神障害などによる外出困難 □その他 ()																																
	上記の通り施術を行って、その費用を徴収しました。																																
	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	(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																							
	記録					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)※1,2 ・施術に要した費用の領収証(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 同意書の有効期間内における2回目以降の申請時は、同意書の添付を省略して差し支えない。(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 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	室 長	検 討	担 当	受 付
	備考					