

□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)

記号-番号	従業員番号	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	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		本人等の同意	
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 必ず申請書裏面、記入例を全て 確認した上で請求して下さい。	
生年月日	続柄	被保険者氏名	健保 太郎
○年 ○月 ○日	妻	健保 太郎	
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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。

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	請求区分																									
	傷病名	□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 ( )		転帰	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 内 容 ・ 証 明 欄 ( 施 術 者 記 入 )	施 術 料	はり・きゅう	施術の種類	1術 回	2術 回																										
			通所	円 × 回 =	円	円																										
			訪問施術料 1	円 × 回 =	円	円																										
			訪問施術料 2	円 × 回 =	円	円																										
			訪問施術料 3 (3人~9人)	円 × 回 =	円	円																										
	訪問施術料 3 (10人以上)	円 × 回 =	円	円																												
	電療料 (加算/ □電気針 □電気温灸器 □電気光線器具)	円 × 回 =	円	円																												
特別地域 (加算)	円 × 回 =	円	円																													
往 療 料	円 × 回 =	円	円																													
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)	円 × 回 =	円	円																													
合 計	円	円	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② 訪問2②																																
往療③ 訪問3③																																
往療又は訪問の理由	部、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。	健康所登録区分		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																															
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																											
録			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)※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	支給期間	室長 検討 担当 受付
	備考			

## 健保記入欄