

## 記入例

## 療養費支給申請書 ( 年 月分) (はり・きゅう用)

|                       |                                                                   |                        |                                                                                       |                                                                |         |   |                                              |            |                                       |       |                                                                                |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------|---|----------------------------------------------|------------|---------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | ○被保険者証等の記号番号                                                      |                        |                                                                                       |                                                                |         |   |                                              | ○発病又は負傷年月日 |                                       |       | ○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)                                                            |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 1                                                                 | 1                      | 2                                                                                     | 3                                                              | 4       | 5 | 6                                            | 7          | 年 月 日                                 |       |                                                                                |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | (フリガナ) <b>ダイドウ タロウ</b>                                            |                        |                                                                                       |                                                                |         |   |                                              | 続 柄        | ○発症又は負傷の原因及びその経過                      |       |                                                                                |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 施 術 を 受 け た 者 の 氏 名<br><b>大東 太郎</b>                               |                        |                                                                                       |                                                                |         |   |                                              | 男・女<br>男   | 1. 本人<br>2. 配偶者<br>3. 子<br>4. その他 ( ) |       |                                                                                |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ○昭平・令 40 年 1 月 23 日生  |                                                                   |                        |                                                                                       |                                                                |         |   | ○業務上・外、第三者行為の有無<br>1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 |            |                                       |       |                                                                                |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施<br>術<br>内<br>容<br>欄 | 初 療 年 月 日                                                         |                        |                                                                                       | 施 術 期 間                                                        |         |   |                                              |            |                                       | 実 日 数 |                                                                                | 請 求 区 分                            |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 平成/令和 年 月 日                                                       |                        |                                                                                       | 自・平成/令和 年 月 日 至・平成/令和 年 月 日                                    |         |   |                                              |            |                                       | 日     |                                                                                | 新 規 ・ 継 続                          |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 傷病名                                                               |                        |                                                                                       | 1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩<br>5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ( ) |         |   |                                              |            |                                       |       |                                                                                | 転 帰<br>継続・治癒・中止・転医                 |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 初 検 料<br>1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用                                     |                        |                                                                                       |                                                                |         |   |                                              |            |                                       | 円     |                                                                                | 摘 要<br>※施術管理者以外が施術した場合に記入<br>施術者氏名 |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 施<br>術<br>料                                                       | はり                     |                                                                                       |                                                                | 円 × 回 = |   |                                              |            |                                       |       | 円                                                                              |                                    | 施術日 . . . 日                   |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       |                                                                   | きゅう                    |                                                                                       |                                                                | 円 × 回 = |   |                                              |            |                                       |       | 円                                                                              |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       |                                                                   | はり・きゅう併用               |                                                                                       |                                                                | 円 × 回 = |   |                                              |            |                                       |       | 円                                                                              |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 電<br>療<br>料                                                       | 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具 |                                                                                       |                                                                | 円 × 回 = |   |                                              |            |                                       |       | 円                                                                              |                                    | ※往療を必要とした場合に記入<br>往療日 . . . 日 |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       |                                                                   | 往 療 料 4 km まで          |                                                                                       |                                                                | 円 × 回 = |   |                                              |            |                                       |       | 円                                                                              |                                    | 往療を必要とした理由                    |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       |                                                                   | 往 療 料 4 km 超           |                                                                                       |                                                                | 円 × 回 = |   |                                              |            |                                       |       | 円                                                                              |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分) |                                                                   |                        | 円 × 回 =                                                                               |                                                                |         |   |                                              |            | 円                                     |       |                                                                                |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 費 用 額 計               |                                                                   |                        | 円                                                                                     |                                                                |         |   |                                              |            |                                       |       |                                                                                |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施術日<br>通院○<br>往療○     |                                                                   |                        | 月 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 |                                                                |         |   |                                              |            |                                       |       |                                                                                |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 施<br>術<br>証<br>明<br>欄 | 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。<br>令和 年 月 日                              |                        |                                                                                       |                                                                |         |   |                                              |            |                                       |       | 保健所登録区分                                                                        |                                    | 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地       |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | はり師免許登録番号                                                         |                        |                                                                                       |                                                                |         |   |                                              |            |                                       |       | 所在地                                                                            |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | きゅう師免許登録番号                                                        |                        |                                                                                       |                                                                |         |   |                                              |            |                                       |       | 施術所名                                                                           |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       |                                                                   |                        |                                                                                       |                                                                |         |   |                                              |            |                                       |       | 施術管理者名                                                                         |                                    | 電話                            |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申<br>請<br>欄           | 上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。<br>令和 年 月 日                         |                        |                                                                                       |                                                                |         |   |                                              |            |                                       |       |                                                                                |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 大東建託健康保険組合 殿                                                      |                        |                                                                                       |                                                                |         |   |                                              |            |                                       |       | 被保険者 住 所 <b>東京都〇〇区△△1-2-3</b><br>(請求者) 氏 名 <b>大東 太郎</b> 電話 <b>123-456-7890</b> |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | □ 公金受取口座<br>マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑。利用しない場合は下記を記入。) |                        |                                                                                       |                                                                |         |   |                                              |            |                                       |       |                                                                                |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 支払区分 <b>振 込</b>                                                   |                        |                                                                                       |                                                                |         |   |                                              |            |                                       |       | 預金の種類 <b>1. 普通</b> 2. 当座                                                       |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |  | 金融機関名 <b>〇〇 銀行</b> 本店<br><b>金庫</b> △△ 支店<br><b>農協</b> 出張所 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支<br>払<br>機<br>関<br>欄 | 口座名義 <b>ダイドウ タロウ</b>                                              |                        |                                                                                       |                                                                |         |   |                                              |            |                                       |       | 口座番号 <b>1 2 3 4 5 6 7 8</b>                                                    |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | カタカナで記入                                                           |                        |                                                                                       |                                                                |         |   |                                              |            |                                       |       |                                                                                |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 同<br>意<br>記<br>録      | 同意医師の氏名 住 所                                                       |                        |                                                                                       |                                                                |         |   |                                              |            |                                       |       | 同意年月日 傷 病 名 要加療期間                                                              |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 平成/令和 年 月 日                                                       |                        |                                                                                       |                                                                |         |   |                                              |            |                                       |       |                                                                                |                                    |                               |  |  |  |  |  |  |  |                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## &lt;記入にあたっての注意事項&gt;

- ・ 申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・ 二重線内(「施術内容欄」および「施術証明欄」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・ 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・ 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

&lt;提出の流れ&gt; 本人 → 事業所 → 健康保険組合 (※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください)

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書(原本)を必ず添付してください。

## &lt;その他添付書類(該当する場合)&gt;

□医師の同意書(原本) □施術報告書(写し) □往療状況確認表 □1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書