

|    |    |
|----|----|
| 課長 | 担当 |
|    |    |

療養費支給申請書（本人・家族） はり・きゅう

下記のとおり、申請します。

【被保険者の記入欄】

記入日：令和 2年 1月 10日

|               |   |                |                          |                       |   |     |
|---------------|---|----------------|--------------------------|-----------------------|---|-----|
| 記号・番号         | 8 - 1234  | 事業所名           | 大王製紙健康保険組合               |                       | 所属部署  | 総務課 |
| 被保険者氏名        | 健保 太郎   | 印 健保           | 被保険者の生年月日・年齢             | 昭和 平成 30年 1月 1日 (64歳) |   |     |
| 被保険者住所        | (〒 791 - 0101 )<br>愛媛県四国中央市〇〇町1-2-3                                 |                | (電話番号 0896 - 12 - 3456 ) |                       |   |     |
| 療養を受けた者の氏名・続柄 | 健保 花子   | 被保険者との続柄 ( 妻 ) | 療養を受けた者の生年月日・年齢          | 昭和 平成 30年 2月 1日 (64歳) | 令和  |     |
| 傷病名           | 腰痛症   |                | 発病又は負傷原因及びその経過           |                       | 重い荷物を継続して持ち発症。現在治療中   |     |
| 発病又は負傷の年月日    | 平成 令和 元年 12月 1日   |                |                          |                       |   |     |
| 業務上の負傷ですか     | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |                | 第三者の行為によるものですか           |                       | <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |     |
| 振込先           | 伊予 銀行 庫 協 三島 支店   | 口座番号           |                          | 口座名義 (カナ)             |   |     |
|               |   | 1234567        |                          | ケンボ タロウ 健保 太郎         |   |     |
| (委任の場合)       | を代理人として上記金額の受取方を委任します。 印 (代理人印)                                     |                |                          |                       |   |     |

【はり師・きゅう師の記入欄】

| 施術内容欄             | 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          |       |
| 初検料               | 1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用  |                             |          | 円                       |       |
| 施療料               | はり  |                             |          | 円 × 回 = 円               |       |
|                   | きゅう   |                             |          | 円 × 回 = 円               |       |
|                   | はり・きゅう併用  |                             |          | 円 × 回 = 円               |       |
| 電療料               | 1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具   |                             |          | 円 × 回 = 円               |       |
| 往療料               | 2 kmまで  |                             |          | 円 × 回 = 円               |       |
|                   | 加算 ( km)  |                             |          | 円 × 回 = 円               |       |
| 費用額合計             |   |                             |          | 円                       |       |
| 施術日<br>通院○<br>往療◎ | 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 |                             |          |                         |       |
| 施術証明欄             | 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。  |                             | 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  | 住所                          | 施術所名称    |                         |       |
| 免許登録番号            | はり師   |                             | 氏名       |                         |       |
| 免許登録番号            | きゅう師  |                             | 電話番号 ( ) |                         |       |
| 同意記録              | 同意医師の氏名   | 住所                          | 同意年月日    | 傷病名                     | 要加療期間 |
|                   | 電話番号 ( )  |                             |          |                         |       |

【添付書類】

「施術に要した費用の領収書」原本（自費診療とわかるもの、宛名は受診者氏名、領収印があるもの）  
「医師の同意書」原本（同意内容について医師に照会することがあります。）

- 1年以上・月16回以上施術を継続している場合は、「施術継続理由・状況記入書」の提出も必要になります。
- 初療の日から6ヶ月を過ぎ、さらに施術を受けるときは、「医師の同意書」を添付する。
- 初回の申請の場合は、医師の同意書を添付すること。
- 病院等で治療中の同一傷病の療養費支給申請はできません。
- 暦月ごとに、この申請書を記入してください。
- 記載した数字等を訂正する場合、訂正箇所には二重線を引、訂正印を押印すること。