

療 養 費 支 給 申 請 書 (6 年 12 月 分) (はり ・ きゅう 用)

被 保 険 者 欄	○被保険者等 記号・番号							○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																												
	2	1	7	—	2	1		令和6年12月1日		神経痛 (〇〇により〇〇になった。)																												
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名			(フリガナ) ケンコウ タロウ				続 柄		○業務上・外、第三者行為の有無																												
				健康 太郎				本人		(1. 業務上 2. 第三者行為 ③ その他 ())																												
			明・大 ④・平・令 61 年 1 月 22 日生						○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、住所地と異なる場合に記載)																													
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日							施 術 期 間							実日数		請 求 区 分																					
	() 年 月 日							自・令和 年 月 日 至・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							転 帰																							
								5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()							継続・治癒・中止・転医																							
	初 検 料														円		摘 要																					
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用																																					
	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人以上)							円×		回＝		円																									
	訪問施術料 3 (10人以上)							円×		回＝		円																										
	電療料 (加算 / 1 電気針 2 電気温灸器 3 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																											
費 用 額 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 (1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ())																																						
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. 出張専門施術者住所地																	
	令和 年 月 日																	〒			—																	
	免許登録番号																	はり 師			住 所																	
申 請 欄	免許登録番号																	きゅう 師			氏 名																	
	電話																																					
	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。																	〒 123-4567																				
支 払 機 関 欄	令和 7年 1月 1日																	申請者 住所			〇〇市〇〇町1-2-3																	
	北関東しんさん健康保険組合 理事長 殿																	氏名			健康 太郎																	
	電話 111-222-3333																																					
同 意 記 録	支払区分							預金の種類							金融機関名							銀行							本店									
	① 振 込 2. 銀 行 送 金 ① 普通 2. 当座							③ 通知 4. 別段							〇〇信用							〇〇							④ 支店									
	3. 郵便局送金 4. 当 地 払																					農協							出張所									
口座名義 カタカナで記入							ケンコウ タロウ							口座番号							1	2	3	4	5	6	7	郵便局										
同意医師の氏名							住 所							同 意 年 月 日							傷 病 名							要加療期間										
健保 三郎							〇〇市〇〇町1-2-3							令和 6年 12月 1日							神経痛							〇ヶ月										
本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日																																						
申請者 住所																																						
(被保険者) 氏名																																						
住所																																						
代理人 氏名																																						

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する (申請者名義以外の口座に振込を希望される) 場合に記入してください。

<記入にあたっての注意事項>

- 申請書は暦月を単位として作成してください。
- 「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。
- ※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。

<その他添付書類 (該当する場合)>

- 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