

療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

被 保 険 者 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）		
			年 月 日				
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過			
		昭・平・令 年 月 日生		○業務上・外、第三者行為の有無			
		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他					
施 術 内 容 欄	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		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（1はり 2きゅう 3はりきゅう併用）				円	摘 要	
	施 術 料	はり	円×	回＝	円	※施術管理者以外が施術した場合に記入	
		きゅう	円×	回＝	円	施術者名	
		はり・きゅう併用	円×	回＝	円	施術日	
		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 4kmまで		円×	回＝	円	※往療を必要とした場合に記入	
往療料 4km超		円×	回＝	円	往療日		
施術報告書交付料（前回支給： 年 月分）		円×	回＝	円	理由		
合 計				円			
一部負担金（1割・2割・3割）				円			
請 求 額				円			
施術日	通院○	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					
往療○	月						
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		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		施術者名		印 電 話		
申 請 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。					円	
	令和 年 月 日		申請者 住所		氏名 印 電 話		
	石塚硝子健康保険組合理事長 殿		(被保険者)				
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		
	1. 振込 2. 銀行送金		1. 普通 2. 当座		銀行 本店		
	3. 郵便局送金 4. 当地払		3. 通知 4. 別段		金庫 支店		
口座名義		口座番号		農協 出張所			
カタカナで記入				郵便局			
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日	傷 病 名	
					令和 年 月 日	要加療期間	

<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。
- ・二重線内（「施術内容欄」および「施術証明書」）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。

<提出の流れ>本人→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。

<その他添付書類>

医師の同意書（原本） 施術報告書（写） 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