

はり・きゅう用

健康保険療養費支給申請書
 第二家族療養費

※この申請書は、給付金の請求を円滑に行う為、事業主経由で提出、支払をしていただくこととしています。また、関連書類を返送する場合があります。また、関連書類を返送する場合があります。また、関連書類を返送する場合があります。

◎領収書（原本）と医師の同意書（初回は原本、期限内は写しで可）を必ず添付してください。同意書の有効期限は最長6か月です。

①～⑬欄は被保険者が、⑭～⑯は事業所が記入してください。施術者記入欄は、施術をうけたとすることで、事業主経由で提出、支払をしていただくこととしています。また、関連書類を返送する場合があります。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号・番号		③ 被 保 険 者 氏 名		④ 事 業 所 名 称	
	①	②				
	⑤ 受 療 者 氏 名		⑥ 生 年 月 日		⑦ 続 柄	
			昭・平・令 年 月 日 (歳[満年齢])			
	⑧ 傷 病 名		⑩ 傷 病 の 原 因 及 び そ の 経 過			
		【原因】・交通事故などの第三者行為や業務上によるもの (はい ・ いいえ)				
⑨ 発 病 ま た は 負 傷 年 月 日		【経過】.....				
					
⑪ 施 術 の 期 間		⑫ 施 術 に 要 し た 費 用				
自： 年 月 日		内実日数		円		
至： 年 月 日						

施 術 者 記 入 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間		実日数	請 求 区 分																												
	年 月 日		自： 年 月 日 ～ 至： 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(右・左) 4. 五十肩(右・左) 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()																																	
	初 検 料 (1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用)				円	転 帰																												
	施 術 内 容 欄	はり・きゅう		施術の種類	1術 回	2術 回	継続・治癒																											
		通所		円×	回=	円	摘 要																											
		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～9人)		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	通所○ 往療◎	訪問1① 訪問2② 訪問3③	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
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		住所(所在地)			
	免許登録番号 _____ はり師		施 術 所 名			
	免許登録番号 _____ きゅう師		氏 名		電 話	
医 師 の 同 意 記 録	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		同意書有効期限	
				摘 要		

※⑭～⑯欄は事業所が記入してください。

振 込 口 座	⑭ 銀行等に振込みを希望する場合		⑮ 口座預金種別				⑯ 預金口座名義人の氏名	
	銀行 店		1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段					
	金庫 支店		⑮ 預金口座番号					
組合 出張所								
農協								

※在職中の方へ ↑事業所への受領委任をお願いしております。事業所にて被委任者指定口座をご記入ください。
 ↓受取代理人の欄に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	⑬ 本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。		令和 年 月 日		⑰ 代理人の氏名		⑱ 被保険者(申請者)との関係	
	被保険者(申請者)				住所		⑰ 代理人の住所・電話番号	
	氏名				電話		()	

同 意 書		(はり・きゅう療養費用)
患 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日
病 名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群（右・左） 4. 五十肩（右・左） 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他（ ）	
発病年月日	昭・平・令 年 月 日	
同意区分	初回の同意 ・ 再同意 (○をつけて下さい)	
診察日	令和 年 月 日	
<p>上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="padding-left: 40px;">所 在 地</p> <p style="padding-left: 40px;">保 險 医 療 機 関</p> <p style="padding-left: 40px;">保 險 医 氏 名</p> <p style="padding-left: 40px;">電 話 番 号</p>		