

療養費支給申請書（はり・きゅう用）（令和 6年 10月分）

被保険者欄	○被保険者等記号—番号(右づめ)		○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																														
	1	2	3	4	5	6	7	平 令 4年 5月 頃日	神経痛。原因不詳。投薬等による治療を行うも改善せず。																										
	施術を受けた者の氏名		(フリガナ) ケンポ タロウ		続柄	○業務上・外、第三者行為の有無																													
健保 太郎		男		本人	1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他																														
(生年月日) 昭 平・令 ××年 ××月 ××日		○施術した場所(入居施設や住所地特例等)		1, 2. に該当する場合には健保へご連絡ください																															
施術内容欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分																														
	平・令 年	至・令和 年 月 日		日	新規・継続																														
	傷病名	1. 頸腕症候群 4. 五十肩		転		帰																													
	初検料		1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用		円	摘要																													
	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~9人)	円× 回=		円																															
	訪問施術料(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。		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																												
免許登録番号	はり師 住所																																		
免許登録番号	きゅう師 氏名						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。		令和 6年 11月 10日		〒 000-0000		住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3																												
H.U.グループ健康保険組合理事長 殿		被保険者(申請者) 氏名		健保 太郎		電話 090-xxxx-xxxx																													
振込先	● 公金受取口座を利用する場合は右記チェックボックスに☑		公金受取口座を利用します ☐																																
	● 公金受取口座を利用しない場合は下記の欄に振込先口座をご記入ください																																		
金融機関名	〇〇〇 銀行 金庫 農協 ▲▲▲		本店 支店 出張所		預金種別	普通																													
口座名義 ※カタカナで記入	ケンポ タロウ		口座番号(右づめ)		1	1	2	2	3																										
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																														
伊志野 一郎	〇〇県〇〇市〇〇町9-8-7	令和 6年 10月 7日	神経痛	令和6年10月7日 ~年〇月〇日																															

<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「施術証明欄」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。
 - ・「振込先欄」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。
 - ・被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は健保組合までご相談ください。
- ※ 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