

# 健康保険 療養費支給申請書 ( 年 月分) (はり・きゅう用)

○健康保険の記号・番号 もしくは マイナンバー(12桁)		○発病又は負傷年月日		○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>		年 月 日			
被 保 険 者 欄	施 術 者	(フリガナ)	続 柄	○発症又は負傷の原因及びその経過	
	受けた者		男 ・ 女	1. 本人 2. 配偶者 3. 子	
	の 氏 名	昭・平・令 年 月 日生	4. その他 ( )	○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	
申 請 欄	本申請書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 年 月 日 千 一 被保険者の 住 所 大阪薬業健康保険組合理事長 様 (申請者) 氏 名 Tel - -				
	(フリガナ) 銀行	銀行コード	預金種目	1. 普通 2. 当座 3. その他( )	
	(フリガナ) 支店	支店コード	口座番号		
振 込 口 座			名 義	(フリガナ)	
	※給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(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。 <b>ただし、施術者及びその関係する法人等を代理人とする委任はできません。</b>				
	この申請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 被保険者(申請者) の 住 所 氏 名 ㊟ 代理人 の 住 所 氏 名 ㊟				
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間		実 日 数
	令和 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日		日
	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
	施 術 料	はり	円×	回=	円
		きゅう	円×	回=	円
	往療料		円×	回=	円
	訪問施術料 1 . 2		円×	回=	円
	訪問施術料 3(3~9人) . 3(10人以上)		円×	回=	円
特別地域(加算)		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			
施術日通院○往療◎		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		
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		施術管理者名 電話			
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
			令和 年 月 日		

「施術内容欄」は、施術者等へ記入を依頼してください。  
 「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)> 次の書類をチェックしてください。  
 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