

療養費支給申請書（はり・きゅう）

※1か月ごとに申請してください

被保険者が記入するところ	(1)	被保険者等	記号	0000	番号	1111	(2)	被保険者が勤務する（していた）部署支社、関連会社の名称		太陽生命〇〇支社																							
	(3)	被保険者	氏名	太陽 花子				(4)	療養を受けた方	氏名	太陽 花子 続柄:本人																						
			生年月日	昭・平 50 年 4 月 1 日（49 歳）						生年月日	昭・平 50 年 4 月 1 日（49 歳）																						
	(5)	傷病名	☐ 神経痛 ☐ リウマチ ☒ 頸腕症候群 ☐ 五十肩 ☐ 腰痛症 ☐ 頸椎捻挫後遺症 ☐ その他（ ）				(6)	発病又は負傷年月日	平・令 7 年 4 月 1 日																								
	(7)	発病又は負傷の原因および経過	☒ 業務外・病気 ☐ 業務上 ☐ 出社・退社途上 ☐ 第三者行為 ☐ その他 ※左記についてチェック☑してください *なるべく詳しく記入してください 令和3年4月頃より整形外科に通院し治療を受けたが改善せず、医師にはり灸の施術を薦められた。その後、良好。																														
	(8)	医療機関の治療の有無	☒ あり 医療機関名: ひまわり整形外科 受診時期: 令和 7 年 3 月 ~ 令和 7 年 7 月 ☐ なし																														
	(9)	施術期間	自 令和 7 年 10 月 1 日 ~ 至 令和 7 年 10 月 31 日 2 日間																														
	(10)	振込口座	※給与口座への振込を希望する場合は記入不要。																														
			金融機関名称	本・支店名			種別	口座番号	名義人(カナ)																								
							普通																										
施術者（はり師・きゅう師）記入欄（保険適用分）	(11)	施術内容	初療年月日	平・令 7 年 8 月 1 日				施術期間	自 令和 7 年 10 月 1 日 至 令和 7 年 10 月 31 日		実日数	2 日	請求区分	新規・継続																			
	傷病名	☐ 神経痛 ☐ リウマチ ☒ 頸腕症候群 ☐ 五十肩 ☐ 腰痛症 ☐ 頸椎捻挫後遺症																															
		☐ その他（ ）																															
	初検料（1.はり）																																
	はり・き																																
	施術料																																
	電療料（加1）																																
	（月16回）																																
	特別地域																																
	住療料																																
	施術報告書交付明細書発行加算																																
費用額計 3,740 円																																	
※集中率90%以上の施設等入居者（80%減対象）【該当の場合○】 通減後合計額 円																																	
施術日	訪問1 ①	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2 ②																																
住療◎	訪問3 ③																																
	訪問4 ④																																
	訪問5 ⑤																																
○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（ ） ）																																	
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 7 年 10 月 31 日																〒 000 - ××××																	
免許登録番号 00000000-0-0 はり師																住所		東京都城南区域城南1-2-3															
免許登録番号 きゅう師																氏名		ひまわり 太郎 TEL 03（0000）2222															
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																		
	日本 次郎		東京都城西区域西1-2-3				令和 7 年 7 月 1 日				頸腕症候群																						
被保険者が記入するところ	(12) 上記のとおり申請します。 なお、当申請を事業所経由で行う場合、健康保険組合への書類提出を事業所に委任します。																																
	令和 7 年 11 月 10 日																																
	〒 000 - 0000																																
	住所 東京都城東区域城東1-2-3																																
	被保険者 フリガナ タイヨウ ハナコ 氏名(自署) 太 陽 花 子 TEL 03（0000）1111																																

(10)「振込口座」欄
給与口座を希望しない場合は記入する。

(12) 書類提出を事業所に委任しない場合は、申請者が直接健康保険組合へ提出する。