

☐ 被保險者
☐ 被扶養者

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

(1)被保険者等

記号

番号

(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

(3)被保険者

氏名

続柄:

生年月日

昭・平年

月

日

(歳)

(4)療養を受けた方

氏名

生年月日

昭・平年

月

日

(歳)

(5)傷病名

□神経痛 □五十肩 □その他()

□リウマチ □腰痛症

□頸腕症候群 □頸椎捻挫後遺症

(6)発病又は負傷年月日

平・令年

月

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

(8)医療機関の治療の有無

□あり 医療機関名: 受診時期:
□なし

(9)施術期間

自令和年

月

日

～至令和年

月

日

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

(11)施術内容

初療年月日

平・令年

月

日

施術期間

自令和年

月

日

至令和年

月

日

実日数

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()

転帰

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

概要

はり・きゅう

施術の種類

1術回

2術回

通所

円×回=円

(月16回以降の施術に係る50%減額)

円×0.5×回=円

訪問施術料 1

円×回=円

(月16回以降の施術に係る50%減額)

円×0.5×回=円

訪問施術料 2

円×回=円

(月16回以降の施術に係る50%減額)

円×0.5×回=円

訪問施術料 3 (3人~9人)

円×回=円

(月16回以降の施術に係る50%減額)

円×0.5×回=円

訪問施術料 4 (10人~19人)

円×回=円

(月16回以降の施術に係る50%減額)

円×0.5×回=円

訪問施術料 5 (20人以上)

円×回=円

(月16回以降の施術に係る50%減額)

円×0.5×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

(月16回以降の施術における加算に係る50%減額)

円×0.5×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

明細書発行加算

円×回=円

費用総計

円

※集中率90%以上の施設等入居者(80%減額対象)【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

月

訪問3 ③

往療◎

訪問4 ④

訪問5 ⑤

〇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行困難 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

令和年

月

日

〒

免許登録番号

はり師

住所

免許登録番号

きゅう師

氏名

TEL

()

同意記録

同意医師の氏名

住所

同意年月日

令和年

月

日

傷病名

要治療期間

(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。

令和年

月

日

〒

住所

被保険者

フリガナ

氏名(自署)

TEL

()

受付日付印

※振込口座を公金受取口座とする場合は本申請書とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。