

健康保険被扶養者療養費支給申請書 (令和 年 月分)

はり・きゅう用

被 保 険 者 欄	被保険者証等の記号番号		発病又は負傷年月日		傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)	
	—		昭・平・令 年 月 日			
	(フリガナ)		続 柄		発症又は負傷の原因及びその経過	
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名		男 ・ 女		業務上・外、第三者行為の有無	
昭・平・令 年 月 日生				1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他		

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間				実 日 数		請 求 区 分										
	平・令 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 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		4. 五十肩										
			5. 腰痛症		6. 頸椎捻挫後遺症		7. その他 ()		転 帰										
	初 検 料						円		摘 要										
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用								※施術管理者以外が施術した場合に記入										
	施 術 料		はり		円× 回=		円		施術者氏名 _____										
			きゅう		円× 回=		円		施術日 _____										
			はり・きゅう併用		円× 回=		円		※往療を必要とした場合に記入										
			電療料		円× 回=		円		往療日 _____										
		1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具						往療を必要とした理由											
往 療 料		4 km まで		円× 回=		円													
往 療 料		4 km 超		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。 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											
		はり師免許登録番号 _____				所在地		施術所名											
		きゅう師免許登録番号 _____				施術者名		☎ 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 年 月 日		被保険者 住 所	
	静岡県中部機械工業健康保険組合理事長 殿		氏 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		

受 領 委 任 の 欄	本申請に基づく給付金の受領を 事業所名称 _____		受付日付印	
	氏 名 _____ に委任します。			
	令和 年 月 日			
	被保険者(委任者) _____			

<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。
- 「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。

<提出の流れ>本人 → 事業所 → 健康保険組合 (※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください)

※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)>

- 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