

## 療養費支給申請書（      年      月分）（はり・きゅう用）

|                                 |                                                |                                          |             |        |                            |  |  |
|---------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|--------|----------------------------|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | ○ 被保険者等記号－番号                                   |                                          | ○ 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      |  |  |
|                                 | —                                              |                                          | 年 月 日       |        |                            |  |  |
|                                 | 療<br>養<br>を<br>受<br>け<br>た<br>者<br>の<br>氏<br>名 | (フリガナ)                                   |             | 続<br>柄 | ○ 業務上・外、第三者行為の有無           |  |  |
|                                 |                                                | 男・女                                      |             |        | 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ( ) |  |  |
| 昭・平・令 年 月 日 生                   |                                                | ○ 施術した場所（施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載） |             |        |                            |  |  |

  

|                       |                      |                              |                         |            |     |            |             |        |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|-----------------------|----------------------|------------------------------|-------------------------|------------|-----|------------|-------------|--------|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| 施<br>術<br>内<br>容<br>欄 | 初 療 年 月 日            |                              | 施 術 期 間                 |            | 実日数 |            | 請 求 区 分     |        |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                       | 年 月 日                |                              | 自:令和 年 月 日 ～ 至:令和 年 月 日 |            | 日   |            | 新 規 ・ 継 続   |        |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                       | 傷<br>病<br>名          | 1. 神経痛                       |                         | 2. リウマチ    |     | 3. 頰腕症候群   |             | 4. 五十肩 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                       |                      | 5. 腰痛症                       |                         | 6. 頸椎捻挫後遺症 |     | 7. その他 ( ) |             | 転 帰    |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                       |                      |                              |                         |            |     |            | 継続・治癒・中止・転医 |        |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                       | 初 検 料                |                              |                         |            | 円   |            | 適用          |        |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                       | 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用 |                              |                         |            |     |            |             |        |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                       | 施<br>術<br>料          | 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      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                       |                      | 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          |             |        |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 明 細 書 発 行 加 算         |                      | 円 ×                          |                         | 回 =        |     | 円          |             |        |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 費 用 額 計               |                      |                              |                         | 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                    |                              |                         |            |     |            |             |        |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 往療◎ 訪問3 ③             | 月                    |                              |                         |            |     |            |             |        |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |

○ 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<br>術<br>証<br>明<br>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                |      |         |        |                         |  |  |
|                       | きゅう師免許登録番号               |      |         |        |                         |  |  |
|                       |                          | 施術所名 |         |        |                         |  |  |
|                       |                          | 施術者名 |         | 電話 — — |                         |  |  |

  

|                                 |     |  |                      |  |
|---------------------------------|-----|--|----------------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 申請欄 |  | 上記の療養に要した費用に関して、療養費の |  |
|---------------------------------|-----|--|----------------------|--|

＜記入に当たっての注意事項＞

- ・ 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