

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (はり・きゅう用)

※整形外科などの重複治療の場合は申請できません。

Table with columns: 健保記入欄, 常務理事, 事務長, 担当

大阪自動車販売店健康保険組合 理事長 殿

提出日 令和 年 月 日

Main application form with sections: 保険証の記号・番号, 被保険者氏名, 療養を受けた者の氏名・生年月日等, 傷病名, 発症・負傷の原因及び経過, 診療を受けた施術所の名称・所在地, 振込口座, 支店名, 本店・支店・出張所, 預金種別

はり師・きゅう師 記入欄. Includes: 初療年月日, 施術期間, 実日数, 請求区分, 転帰, 傷病, 初回, 2回目以降, 往療料, 合計, 施術日, 施術証明欄, 同意記録

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。ただし、代理人は被保険者(申請者)の被扶養者に限ります。施術者及びその関係する法人等への委任はできません。

委任欄. Includes: 本申請書に基づく給付金の受領を代理人に委任します, 令和 年 月 日, 申請者住所, 代理人住所, 電話番号, 氏名

健保記入欄. Includes: 施術区分, 支給回数, 初回同意年月日, 施術回数, 医師の同意期間, 支給算出額, 支給決定額, 受付印

この申請書には、必ず当該疾病について現に診察を受けている主治医の同意書(医師の住所、氏名、病名等記載のもの)と、施術に要した費用の「領収書(原紙)」を添付してください。
※再同意の同意書は初療または医師による再同意日が、月の15日以前の場合は当該月の5ヶ月後の月の末日、月の16日以降の場合は当該月の6ヶ月後の末日まで有効。なお、有効期間内における2回目以降の請求にあては省略可。
○施術報告書交付料を申請する場合は、施術報告書の写しを添付してください。
○該当する場合、往療状況確認表、1年以上・月16回以上施術継続理由・状況記入書の添付が必要です。
○同意した医師の診療報酬明細書を確認し、同月に他の医療機関等で同一部位の治療がないかなど審査を経て支給の可否を決定します。従って、支給時期は施術月から数ヶ月後となります。