

療 養 費 請 求 書（令和 6 年 10 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、発症又は負傷の原因及びその経過																												
	1 2 3 4 — 5 6 7 8 9		令和6 年 8 月 1 日		神経痛																												
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)ダイキン タロウ		続 柄	○業務上・外、第三者行為の有無																												
		大金 太郎		男・女	1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()																												
昭・平・令 1 年 4 月 1 日生		4. その他 ()		○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）																													
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間		実日数		請 求 区 分																										
	令和 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				転 帰																										
			5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()				継続・治癒・中止・転医																										
	初 検 料						摘 要																										
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用						※往療の場合に記入																										
	施 術 料	はり・きゅう	施術の種類	1 術	回	2 術	回	連携した医師の氏名																									
		通所	円×	回＝	円	保険医療機関名																											
		訪問施術料	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																												
		訪問施術料 3（10人以上）	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																										
	費 用 額 計						円																										
施術日	訪問1①	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2②																																
往療◎	訪問3③	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 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。		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		〒		—																												
	はり師免許登録番号		所在地																														
	きゅう師免許登録番号		施術所名																														
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。		〒 111 — 1111																														
	令和 6 年 10 月 30 日		被保険者 住所 大阪市〇〇区〇〇町 1－1－1																														
同 意 記 録	ダイキン工業健康保険組合 理事長 殿		氏名 大金 太郎		電話 06-0000-0000																												
	同意医師の氏名		住 所		同意年月日		傷 病 名		要加療期間																								
健康 次郎		大阪市〇〇区〇〇町 1－1－1		令和 6 年 10 月 1 日		神経痛		令和6年 10/1～11/30																									

＜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 → 健康保険組合
※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