

療養費支給申請書(はり・きゅう)について

【提出にあたっての注意事項について】

- * 本ページと療養費支給申請書(2ページ)をわけて印字してください。
提出は、本ページと療養費支給申請書の両方をお願いします。
提出前には【提出前のチェック項目】も忘れずにご確認ください。
- * **記入例にしたがって、ご記入ください。**
- * 鉛筆書、記入漏れがある場合は受け付けられません。
- * 申請書は、療養を受けた方毎、診療月毎、施術所毎にわけて記載してください。
- * 第三者行為による負傷の場合は、「第三者行為による負傷届」を大塚製薬健康保険組合まで提出してください。

【添付書類について】

療養費支給申請書に必要な添付資料は、次のとおりです。

(申請者本人で用意するもの)

- ☐ 1.領収書
2.医師の同意書(初療月および6ヶ月毎の提出が必要です。)
- ☐ 「施術報告書」の交付を受けた場合、
1.施術報告書の写し
- ☐ 変形徒手矯正術を受ける場合、
1.医師の同意書(1か月毎)

【提出前のチェック項目】

提出前にチェック欄に☑をお願いします。

- 1 記入すべき項目に漏れはないか。(記入例の赤字の箇所)
- 2 添付書類に漏れはないか。
- 3 封筒等の送付先には、次の「送付先情報」を貼付又は正しく記入されているか。

チェック欄

	申請者
1	
2	
3	

【送付先情報】

..... 切り取り線

〒532-0003
大阪府大阪市淀川区宮原4-1-6 アクロス新大阪10F
株式会社バリューHR 大阪BPOセンター内
大塚製薬健康保険組合事務処理センター 行

被保険者欄	被保険者等の 記号番号	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話(内線)			
	被保険者氏名	(フリガナ)		被保険者 生年月日	昭和	年	月	日
					平成			
	住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒		メールアドレス				
		電話						
	療養を受けた者 の氏名	(フリガナ)		療養を受けた者 の生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
発病又は 負傷年月日	年 月			発病又は負傷の原因 及びその経過				
交通事故等 第三者が原因 ですか	いいえ ・ はい			業務上、通勤途上 によるものですか				
			※「はい」の場合は、別途届出が必要です。			※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		

施 術 内 容 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														
																		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																摘 要													
	施 術 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																							
		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																															
○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																〒		-													
	免許登録番号																はり師		住 所													
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																											

※受領委任の場合は、委任状に記入して下さい

受 領 出 し	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。			令和 年 月 日		
	被保険者(申請書)		氏名			
	代理人(実際に給付を受領する者)		氏名			

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

支 払 先	金融機関コード				支店コード				
	金融機関名称	銀行/信用金庫					本店/支店		
	預金種別	普通	当座	その他()	口座番号			口座名義(カタカナ)	

■添付書類

1. 医師の施術同意書(6ヶ月ごと)原本 2. 治療内容の書いてある領収書原本

受付日付印

備 考	個人番号 (被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要)		
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。		
	①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点		
	・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点		