

療養費支給申請書（ 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）												
				－					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		1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()														
○業務上・外、第三者行為の有無																									
昭・平 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														
	平成 年 月 日				自・平成 年 月 日～至・平成 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（右・左）												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 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用								円																								
	施 術 料	はり・きゅう								施術の種類		1 術 回				2 術 回				摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 ____ . ____ . ____ 日 ※往療を必要とした場合に記入 往療日 ____ . ____ . ____ 日 往療を必要とした理由													
		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)								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		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																													
通院○ 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									
	年 月 日										所在地											
	はり師免許登録番号 _____										施術所名											
	きゅう師免許登録番号 _____										施術管理者名		☎ 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。																																																	
	年 月 日										〒										－																													
支 払 機 関 欄	水産連合健康保険組合理事長 殿										被保険者 住 所										氏 名 ☎ 電話																													
	(請求者)																																																	
支 払 機 関 欄	支払区分										預金の種類										金融機関名																													
	1. 振 込 2. 銀行送金										1. 普通 2. 当座										銀行 本店																													
	3. 郵便局送金 4. 当地払										3. 通知 4. 別段										金庫 支店																													
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									
																					年 月 日																													

<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。
- ・「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・「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> 事業所委任か被保険者（本人）→ 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

問い合わせ先 水産連合健康保険組合 給付係 TEL. 06-6469-7540