

療養費支給申請書(年 月分) (はり・きゅう用)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|----------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------|------------------------------|-------|-------------|-----|--------|--|----------------|-------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 被 保 險 者 欄 | 被保険者等の記号番号 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 一 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 療養を受けた者の氏名 | (フリガナ) | | | 統柄 | 業務上・外、第三者行為の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 男・女 | | | | 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 生 | | | | 施術した場所 (入居施設や住所地特例等、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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 年 月 日 | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | 日 | 新規・継続 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 傷病名 | | 1. 神経痛(部位:) 2. リウマチ(部位:) 3. 頸腕症候群(部位:) 4. 五十肩(右・左) 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他() | | | | 転帰 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 初検料 | | 1 はり 2 きゅう 3 はり・きゅう併用 | | | | 円 | 継続・治癒・中止・転医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 施術料 | はり・きゅう | | | 施術の種類 | 1術回 | 2術回 | 摘要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 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 | 月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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っての外出困難 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 | | | | | | | | | | 施術者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 電話 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | - | | | | | |
| ※施術所の所在地・名称はゴム印(スタンプ等)を使用してください。 記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者 住所 | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ユニチカ健康保険組合 殿 (申請者) 氏名 | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話 () | | | | | | | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 確認欄 | | □ この申請については、申請者本人(被保険者)が作成したものです | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込(送金)を希望する金融機関 | | フリガナ | | | | | | | | | | 本店 預金の種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 銀行 | | | | | | | | | | 支店 1. 普通 2. 当座 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※振込日現在に被保険者資格を喪失している方のみ記入 | | 口座番号 | | | | 口座名義人 | | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 委任する時 | | 上記申請金額の受領方を 住 所 | | | | | | | | | | に委任します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※施術者等への委任はできません | | 氏 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 年 月 日 | | | | | | | | | | 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考欄 | | | | | | | | | | | 被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- ◎ 太枠内は、施術者へ記入を依頼してください。
◎ 添付書類

□ 施術に要した費用の領収証 □ 医師の同意書の原本(初療月及び再同意月) □ 施術報告書の写し(該当する場合のみ)
□ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(該当する場合のみ)