

◆はり・きゅうの場合

1/2枚目

■黄色の欄・個所を**全て**ご記入ください。

(無記入欄がある場合、**一旦ご返却することもあります**)

■健康保険組合へ**直接**ご提出ください

(労務担当箇所を経由する必要はありません)

令和	年度	
款	保険給付費	保 険 給 付 費
項	法定給付費	付 加 給 付 費
目	療 養 費	一部負担還元金

健康保険組合処理印および支給決定印

取扱者	審査	事務長	常務理事
-----	----	-----	------

＜記入時の注意事項＞

- ① 「被保険者氏名」欄は、従業員ご本人様の氏名をお願いします。
- ② 「会社名・所属」については、現在お勤めの会社・部所名をご記入ください。
- ③ 「退職者の場合」欄については、「任意継続被保険者」以外の方は斜めの取り消し線を入れてください。

療 養 費 支 給

被保険者証 記号・番号	4 0 0 0 ・ 1 2 3 4 5 6 7	請 年 月 日	令和 年 月 日
被 保 険 者 氏 ① 名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	会 社 名 所 ② 属	四国電力(株) 人事労務部 従業員サービスセンター (連絡先) 050-1234-5678
退 職 者 の 場 ③ 合	退職年月日 令和 年 月 日 住 所 連絡先		
傷 病 名	腰痛症	発病または 負傷年月日	令和 1 年 6 月 3 日
原 因	休日、重量物運搬の際受傷	傷病の経過	裏面のとおりに
自 費 診 療 を 受 け た 理 由	はり・きゅう受診 (医師の指示による)	診療・薬剤を受けた病院・薬局 の住所・氏名	裏面のとおりに
		診療・薬剤に 要した費用	4,990円
診 療 の 期 間	自 令和 1 年 6 月 3 日 至 令和 1 年 6 月 24 日	入 院 期 間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
		コルセット装着日	令和 年 月 日
④	傷病が第三者の行為によるものであるときは、その事実ならびに第三者の住所・氏名(住所不明のときはその旨)		
支払金融機関	被保険者の給与に含めて支払います。		

＜記入時の注意事項＞

- ④ 「傷病が第三者の行為によるものであるときは、その事実ならびに第三者の住所・氏名(住所不明のときはその旨)」欄については、「第三者の行為によるもの」ではない場合、斜めの取り消し線を入れてください。

診 療 点 数	点	医 療							
療 養 費 支 給 決 定 額									
支 給 査 定 額	自 己 負 担 額								
	控 除 額								
	一 部 負 担 還 元 金 支 給 決 定 額								

- (注) 1. 申請書は太枠の中のみに記入して下さい。
2. 診療費・薬剤費の月別および支払先ごとに1枚記入して下さい。
3. 診療費・薬剤費の領収書はできるだけ裏面を使用して下さい。

受 付 印

出 納 印

◆はり・きゆうの場合

2/2枚目

⑤ 領収（診療）

＜記入時の注意事項＞

⑤ 「はり・きゆう受診」に伴う支給申請の際は、当ページは使用せず、治療院（施術所）の備付の「療養費支給申請書」様式の各欄に鍼灸師が記入したものを添付してください。

患者名				傷病名				
入院外				入院				
初診	時間外・休日・深夜			初診	時間外・休日・深夜			
再診	時間内	回		投薬	内服			
	時間外	回			屯服			
	休日・深夜	回			外用			
往診	普通・難路	回		注射	皮下筋肉内	回		
	夜間・暴風雨雪	回			静脈内	回		
	同・家屋	回				回		
指導				処置及び手術	材料	料		
投薬	内服				麻酔剤	回		
	屯服					回		
	外用			回				
注射	皮下筋肉内	回		検査	透視	回		
	静脈内	回			造影剤	回		
		回						
レントゲン	透視	回		その他	1月未満	日間（日～日）		
	造影剤	回			1月～3月未満	日間（日～日）		
		回			3月以上	日間（日～日）		
処置及び手術	材料	回		入院	給食の	有・無		
	麻酔剤	回						
		回						
その他				合計	円			
合計	円			合計	円			
上記のとおり領収（診療）いたしました。 令和 年 月 日 住所 医師の氏名								

社会保険労務士の提出 代行者印		印
--------------------	--	---

（備考）すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入して下さい。

（添付書類についての注意）

- 歯科診療に関する申請のときは、別の領収書をつけて下さい。
- 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」をつけて下さい。
- コルセット・ギプス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費についての領収証書」をつけて下さい。
- 海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」及び「領収証明書」をつけて下さい。
なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳家の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

◆あんま・マッサージの場合
1/2枚目

■黄色の欄・個所を**全て**ご記入ください。
(無記入欄がある場合、一旦ご返却することもあります)
■健康保険組合へ**直接**ご提出ください
(労務担当箇所を経由する必要はありません)

令和	年度	
款	保険給付費	保 険 給 付 費
項	法定給付費	付 加 給 付 費
目	療 養 費	一部負担還元金

健康保険組合処理印および支給決定印

＜記入時の注意事項＞

- ① 「被保険者氏名」欄は、従業員ご本人様の氏名をお願いします。
- ② 「会社名・所属」については、現在お勤めの会社・部所名をご記入ください。
- ③ 「退職者の場合」欄については、「任意継続被保険者」以外の方は斜めの取り消し線を入れてください。

療 養 費 支 給 申

被保険者証 記号・番号	4 0 0 0 ・ 1 2 3 4 5 6 7	請 年 月 日	令和 年 月 日
被 保 険 者 氏 ① 名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	会 社 名 所 ② 属	四国電力(株) 人事労務部 従業員サービスセンター (連絡先) 050-1234-5678
退 職 者 の 場 ③ 合	退職年月日 令和 年 月 日 住 所 連絡先		
傷 病 名	左足麻痺疾患	発病または 負傷年月日	令和 1 年 6 月 3 日
原 因	自宅の階段より転落	傷病の経過	裏面のとおり
自 費 診 療 を 受 け た 理 由	あんま・マッサージ受診 (医師の指示による)	診療・薬剤を受 けた病院・薬局 の住所・氏名	裏面のとおり
		診療・薬剤に 要した費用	3,060円
診 療 の 期 間	自 令和 1 年 6 月 3 日 至 令和 1 年 6 月 2 4 日	入 院 期 間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
		コルセット装着日	令和 年 月 日
傷病が第三者の行為によるものであるときは、その事実ならびに第三者の住所・氏名(住所不明のときはその旨)	④		
支払金融機関	被保険者の給与に含めて支払います。		
診 療 点 数	点	医 療	
療 養 費 支 給 決 定 額			
支 給 査 定 額	自 己 負 担 額		
	控 除 額		
	一 部 負 担 還 元 金 支 給 決 定 額		

＜記入時の注意事項＞

- ④ 「傷病が第三者の行為によるものであるときは、その事実ならびに第三者の住所・氏名(住所不明のときはその旨)」欄については、「第三者の行為によるもの」ではない場合、斜めの取り消し線を入れてください。

- (注) 1. 申請書は太枠の中のみに記入して下さい。
2. 診療費・薬剤費の月別および支払先ごとに1枚記入して下さい。
3. 診療費・薬剤費の領収書はできるだけ裏面を使用して下さい。

受 付 印

出 納 印

◆あんま・マッサージの場合
2/2枚目

⑤ 領 収

<記入時の注意事項>

⑤ 「あんま・マッサージ受診」に伴う支給申請の際は、当ページは使用せず、治療院（施術所）の備付の「療養費支給申請書」様式の各欄にあんま・マッサージ師が記入したものを添付してください。

患者名		傷病名	
入院外		入院	
初診	時間外・休日・深夜	初診	時間外・休日・深夜
再診	時間内 時間外 休日・深夜	投薬	内服 外用
往診	普通・難路 夜間・暴風雨雪 同・家屋	注射	皮下筋肉内 静脈内
指導		処置及び手術	材料 酔剤
投薬	内服 外用 調剤	検査	
注射	皮下筋肉内 静脈内	レントゲン	透視 造影
検査		その他	
レントゲン	透視 造影	入院	1月未満 1月～3月未満 3月以上 給食の有・無
処置及び手術	材料 酔剤	合計	円
その他			
合計	円		円
上記のとおり領収（診療）いたしました。 令和 年 月 日 住 所 医師の 氏 名			

社会保険労務士の提出 代行者印	印
--------------------	---

（備考）すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入して下さい。

（添付書類についての注意）

- 歯科診療に関する申請のときは、別の領収書をつけて下さい。
 - 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領袖証書」をつけて下さい。
 - コルセット・ギブス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費についての領袖証書」をつけて下さい。
 - 海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」及び「領収証明書」をつけて下さい。
- なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳家の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。