

療養費支給申請書 ( 年 月分) (はり・きゅう用)

|                       |                     |  |  |  |  |  |                                       |  |                           |                     |  |  |
|-----------------------|---------------------|--|--|--|--|--|---------------------------------------|--|---------------------------|---------------------|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>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 |  |  |  |  |  | 1. 本人<br>2. 配偶者<br>3. 子<br>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<br>術<br>内<br>容<br>欄                | 初 療 年 月 日   |   | 施 術 期 間  |    |    |                         | 実 日 数              | 請 求 区 分                   |  |  |  |  |
|                                      | 平成 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<br>5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ( ) |    |    |                         | 転 帰<br>継続・治療・中止・転医 |                           |  |  |  |  |
|                                      | 初検料         |   |  |    |    |                         | 円                  | 摘 要<br>※施術管理者以外に施術した場合に記入 |  |  |  |  |
|                                      | 施<br>術<br>料 | はり  |  | 円× | 回= | 円                       | 施術者氏名 _____        |                           |  |  |  |  |
|                                      |             | きゅう   |  | 円× | 回= | 円                       | 施術日 . . . 日        |                           |  |  |  |  |
|                                      |             | はり・きゅう併用  |  | 円× | 回= | 円                       |                    |                           |  |  |  |  |
|                                      |             | 電療料   |  | 円× | 回= | 円                       | ※治療を必要とした場合に記入     |                           |  |  |  |  |
|                                      | 往 療 料       |   | 4 km まで  |    | 円× | 回=                      | 円                  | 往療日 . . . 日               |  |  |  |  |
|                                      | 往 療 料       |   | 4 km 超   |    | 円× | 回=                      | 円                  | 往療を必要とした理由                |  |  |  |  |
| 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<br>通院○<br>往療◎                    | 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 |  |    |    |                         |                    |                           |  |  |  |  |
| 上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。<br>令和 年 月 日 |             |   | 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 |                    |                           |  |  |  |  |
| はり師免許登録番号 _____                      |             |   | 所在地  |    |    | 施術所名                    |                    |                           |  |  |  |  |
| きゅう師免許登録番号 _____                     |             |   | 施術管理者名   |    |    | 電話                      |                    |                           |  |  |  |  |

|             |  |  |          |       |       |
|-------------|--|--|----------|-------|-------|
| 申<br>請<br>欄 | (必須) □に確認のチェックを付けてください。  |  |          |       |       |
|             | <input type="checkbox"/>   | この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。<br>①申請者本人 (被保険者) が作成したものである。<br>②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 |          |       |       |
|             | 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。<br>令和 年 月 日 円 -<br>被保険者 住所<br>ダイハツ系連合健康保険組合理事長 殿 (請求者)<br>氏 名 電話 |  |          |       |       |
| 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 |       |       |

<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 → 事業所 → 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