

療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

被 保 険 者 欄	○被保険者資格の記号番号				○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																													
	年 月 日																																					
	療養を受けた者の氏名				(フリガナ)				続柄				○業務上・外、第三者行為の有無																									
				男・女								( 1.業務上 2.第三者行為 3.その他 ( ) )																										
				明・大・昭・平・令 年 月 日								○施術した場所（施設等に入居している場合及び被保険者の住所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				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				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								円				摘 要																									
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用																																					
	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																													
	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																													
明細書発行加算				円× 回=				円																														
費用額計								円																														
施術日				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																																						
○往療又は訪問の理由 ( 1. 徒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徒歩による外出困難 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												〒 -																									
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。												〒 -																									
	令和 年 月 日												申請者 (被保険者) 住所				氏名 電話																					
支 払 機 関 欄	支払区分				預金の種類				金融機関名				銀行 本店																									
	1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払				1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段								金庫 支店 農協 出張所																									
口座名義カタカナで記入				口座番号								郵便局																										
同 意 記 録	同意医師の氏名				住 所				同意年月日				傷 病 名																									
									令和 年 月 日																													
<p>本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 (被保険者) 氏名 _____</p> <p>代理人 住所 氏名 _____</p>																																						

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。なお、施術者及びその関係する法人等を代理人とする委任はできません。

<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。
- ・「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、被保険者名義又は委任代理人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> 本人 → 健康保険組合

※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（支払金額の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるもの）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）
- 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

— 健康保険が適用されるのは以下の場合のみです —

慢性病で、医師による適用な治療手段がない場合に限り健康保険が適用されます。

《対象となる疾病》

神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症

※神経痛・リウマチ等と同等の慢性的な痛みを主な症状とするものについては上記以外でも認められる場合があります。

《申請時の注意点》

- ・保険医が交付する施術への「同意書」が必要です。
- ・疲労回復・慰安・予防を目的とするものは対象外です。
- ・同一疾病で医療機関（病院、診療所等）にて治療やマッサージを同時に受けている場合、重複する期間は対象外です。