

# 健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書( 年 月分)(はり・きゅう償還)

受 療 者 欄	被保険者証の記号番号		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							
	施 術 内 容 欄	(フリガナ) 施術を受けた者の氏名	男・女	続柄	発症又は負傷の原因及びその経過					
					業務上・外、第三者行為の有無 1.業務上 2.第三者行為である 3.その他					
昭・平・令 年 月 日生										
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 ~ 日		日		新規・継続			
	傷病名 1.神経痛(部位: ) 2.リウマチ 3.頸腕症候群(部位: ) 4.五十肩 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		
	施 術 料	はり		円 × 回 =		円		※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		
		きゅう		円 × 回 =		円				
		はり・きゅう併用		円 × 回 =		円				
	容 欄	電療料		円 × 回 =		円		※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日		
		1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具								
		往療料 4kmまで		円 × 回 =		円				
往療料 4km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		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○										
往療○		月								
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			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。〒 _____									
	令和 年 月 日		被保険者 住所		大阪金属問屋健康保険組合理事長 様 (請求者) 氏名			電話		
支 払 機 関 欄	金融機関名		支店名		預金種別		口座番号		口座名義	
	(フリガナ)		(フリガナ)		普通 当座 その他( )		(フリガナ)		(フリガナ)	
			本店 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	
					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。
- ・「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。

**<添付書類>**

- 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。  
領収書(受療者氏名、受療日、施術者氏名、施術費用、但し書き(例:はり・きゅう施術代))
- ※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

受付年月日