

健康保険 療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 記 入 欄	記号一番号		フリガナ					続柄	
	記号	番号		氏名					男 ・ 女
	施術を受けた者				生年月日	昭・平・令 年 月 日			
	傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)			発症または負傷の原因及び経過			業務上・外、第三者行為の有無		
							1 業務上 2 第三者行為 3 その他		
	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				
	以下のとおり療養費の支給を申請します。 年 月 日 被保険者 住 所 大阪鉄商健康保険組合理事長 様 (請求者) 氏 名 電話番号 - -								
	振込 口座	※被保険者名義の口座をご記入ください。(ご家族の口座に振込する場合は、別途委任状が必要です。)							
		銀行	本店	普通 当座				口座名義 (カナで記入)	
金庫	支店								
農協	出張所								
金融機関 コード	支店コード								

施 術 者 (施 術 管 理 者) 記 入 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 2 リウマチ 3 頸腕症候群 4 五十肩 5 腰痛症 6 頸椎捻挫後遺症			転 帰																								
			7 その他 ()			継続・治癒・中止・転医																								
	初療料 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用					円	摘 要																							
	施 術 料	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 (3～9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																									
往 療 料					円																									
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)					円																									
合 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																													
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		施術所所在地																											
	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 氏 名																											
		電 話 番 号 - -																												

- この申請書は暦月単位で作成し、施術に要した費用の「領収書」(原本)を添付して下さい。
- 申請にあたっては、当該疾病の診察をしている医師の「同意書」(原本)を添付して下さい。ただし、以下の期間は、「同意記録欄」を記入することで添付を省略できます。(月単位)
 - ◆同意日が月の15日以前の場合→同意月の翌月から5ヶ月 ◆同意日が月の16日以降→同意月の翌月から6ヶ月
- 「施術者(施術管理者)記入欄」は、施術所へ記入を依頼して下さい。
- 以下に該当する場合は、必要書類を施術所に依頼の上、添付して下さい。
 - ・施術報告書交付料を算定している場合→**施術報告書(写)**
 - ・初療から1年以上経過し、かつ、月16回以上施術をしている場合→**1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書**

【作成にあたって】

(記入例)

健康保険 療養費支給申請書 (令和6年11月分) (はり・きゅう用)

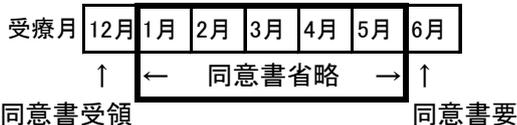
被保険者記入欄	② 記号—番号 記号 番号 999 9999		③ 施術を受けた者	フリガナ ケンポ ケイコ	④ 続柄 男・女 妻	
				氏名 健保 圭子		
				生年月日 昭・平・令 45年 8月 25日		
	傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)		発症または負傷の原因及び経過		業務上・外、第三者行為の有無	
	⑤ 腰痛症		不詳		⑥ 1 業務上 2 第三者行為 ③ その他	
	同意記録 ⑦	同意医師の氏名 田中 太郎	住所 大阪市西区新町○-△		同意年月日 平成31年 4月 2日	傷病名 筋麻痺
	以下のとおり療養費の支給を申請します。 令和6年12月10日 大阪鉄商健康保険組合理事長 様			⑧ 住所 大阪市中央区備後町△-□-×	被保険者氏名 健保 貴司	
				(請求者)	電話番号 06-0000-1111	
	⑨ 振込口座	※被保険者名義の口座をご記入ください。(ご家族の口座に振込する場合は、別途委任状が必要です。)				
	金融機関コード 0 0 0 1	銀行 みずほ	本店 四ツ橋	支店 出張所	普通 当座	口座名義 (カナで記入) ⑩ ケンポ タカシ

- ① 施術を受けた年月を記入してください。
- ② 健康保険の記号と番号を記入してください。
- ③ 施術を受けた方の氏名・性別・生年月日を記入してください。
- ④ 被保険者から施術を受けた方をみたときの続柄を記入してください。(「本人」、「妻」、「子」、「父」、「母」など)
- ⑤ 医師から施術に関して同意を得た傷病名とその傷病となった経過(原因)を記入してください。
- ⑥ 発症の原因が業務上(通勤途中)のときは「1 業務上」、交通事故等第三者行為のときは「2 第三者行為」、それ以外のときは「3 その他」に○をつけてください。
- ⑦ 「同意記録」については、「同意書」に記載された内容を記入して下さい。
- ⑧ 被保険者の住所、氏名及び連絡先を記入してください。
- ⑨ 被保険者名義の口座をご記入ください。ご家族(施術を受けた方)の口座に振込を希望される場合は、委任状を添付してください。(書式は任意です)
- ⑩ 口座名義はカタカナで記入してください。

同意書の添付を省略できる場合(イメージ)

(例1) 平成30年12月10日に医師から同意を得たとき

同意日が月の15日以前の場合は、翌月から5ヶ月省略可



(例2) 平成30年12月23日に医師から同意を得たとき

同意日が月の16日以降のときは、翌月から6ヶ月省略可

