健保組合記入欄	発議　令和　　年　　月　　日	常務理事	事務長	健保担当者	労務担当者

被保険者
家　族

療養費支給申請書　（はり、きゅう用）

被保険者が記入するところ

① 被保険者証等の記号・番号	記号		② 被保険者氏名生年月日	
	番号			S　H　　年　　月　　日　生
③ 被保険者の現住所	〒　　—		電話（　　）－　　－	
④ 事業所名称				

⑤ **被扶養者が施術を受けた場合は、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。**

氏名		生年月日	S　H　R　　年　　月　　日	被保険者との続柄	

⑥ 傷病名	□神経痛 □腰痛症	□頚腕症候群 □頚椎捻挫後遺症	□リウマチ □その他　（　　）	□五十肩
⑦ 発病又は負傷年月日	平・令　　年　　月　　日			
⑧ 発病又は負傷の原因（詳細に記入）	い　つ　・・・			
	どこで　・・・			
	どのように　・・・			
⑨ 第三者行為（交通事故やケンカ等）によるものですか	はい　・　いいえ			
	「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。			
⑩ 業務中・通勤中に発生したものですか	はい　・　いいえ			
⑪ 施術を受けた施術所	名称			
	所在地			
⑫ 施術を受けた日（○を付けてください）	令和　　年　　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　【　　日間】		
	※ 暦月単位で1月につき1枚の申請が必要となります。			
⑬ 再同意方法（文書の添付をお願い致します）	同意方法　：　文書			
	同意した医師の氏名：（　　）			
	同意を得た日付　：（　　年　　月　　日）			
	同意を得た人　：□受療者　□家族　□はり師　□きゅう師			

※ 同意医師へ確認させて頂くこともございますので、正確にご記入ください。

上記の通り申請いたします。

令和　　年　　月　　日　　被保険者(請求者)

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※被保険者の口座
振込希望口座

銀行 信用金庫		本店 支店
預金種別	口座番号	口座名義人
普通・当座		（カタカナで記入願います）

受付日付印

添付書類

・施術内容証明書(※施術者が記入)
・領収書(原本)
・医師の施術同意書(原本)※初療時、6ヵ月ごとの再同意時のみ

施術内容証明書（　　年　　月分）　【はり・きゅう用】

はり師・きゅう師　記入欄

被保険者証等の記号・番号	記号		受療者の氏名	生年月日	続柄
	番号			昭・平・令　年　月　日	本人　・　家族

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　5．腰痛症　6．頸椎捻挫後遺症　7．その他（　　）

転帰：継続・治癒・中止・転医

摘要

初検料（1はり　2きゅう　3はりきゅう併用）		円	
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人～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×	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
合計		円	

施術日	訪問1①	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
通所○	訪問2②																																
往療◎	訪問3③																																

○往療又は訪問の理由
1．独歩による公共交通機関を使っての外出困難　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

令和　年　月　日

〒　－

所在地

名称

氏名

電話番号

免許登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿ はり師

免許登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿ きゅう師

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		
再同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
		令和　年　月　日		

【添付書類】　●領収書（原本）　●医師の同意書（原本）
（初療日または医師の同意日から6か月の施術に対して有効となります。
有効期限後の施術分には医師の再同意書を添付してください。）

【注意事項】　慢性病であって医師による適当な治療手段のないものが対象です。
（本人からの施術希望、医療機関で治療中の傷病等は支給対象になりません。）