

# 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                         |  |       |  |  |                   | 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<br>術<br>を<br>受<br>け<br>た<br>者<br>の<br>氏<br>名   | 男<br>・<br>女                   |  |       |  |  |                   | 1. 本人<br>2. 配偶者<br>3. 子<br>4. その他<br>( ) |  |            | ○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               |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
|  | 年 月 日                         |  |       | 自・ 年 月 日～至・ 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・治癒・中止・転医 |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
|  | 初検料<br>1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用   |  |       |  |  |                   | 円  |  |            | 摘 要<br>※施術管理者以外が施術した場合に記入<br>施術者氏名 _____ |  |   |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
|  | 施 術                           |  |       |  |  |                   | 円 × 回 = 円                                |  |            | 施 術 日 . . . 日                            |  |   |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
|  | はり                            |  |       |  |  |                   |  |  |            |  |  |   |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
|  | きゅう                           |  |       |  |  |                   |  |  |            |  |  |   |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
|  | はり・きゅう併用                      |  |       |  |  |                   |  |  |            |  |  |   |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
|  | 電療料                           |  |       |  |  |                   | 円 × 回 = 円                                |  |            | ※往療を必要とした場合に記入<br>往療日 . . . 日            |  |   |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
|  | 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具        |  |       |  |  |                   |  |  |            |  |  |   |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
| 往療料  |                               |  |       |  |  | 4 km まで 円 × 回 = 円 |  |  | 往療を必要とした理由 |  |  |   |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
| 往療料  |                               |  |       |  |  | 4 km 超 円 × 回 = 円  |  |  |            |  |  |   |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
| 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○ 往療◎   |                               |  |       |  |  |                   |  |  |            |  |  | 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 |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
| 施<br>術<br>証<br>明<br>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                         |  |       |  |  |                   | 所在地                                      |  |            |  |  |   |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
|  | はり師免許登録番号 _____               |  |       |  |  |                   | 施術所名                                     |  |            | 電話番号 _____                               |  |   |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
| きゅう師免許登録番号 _____   |                               |  |       |  |  | 施術者名              |  |  | 電話番号 _____ |  |  |   |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
| 申<br>請<br>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。 |  |       |  |  |                   |  |  |            |  |  |   |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
|  | 年 月 日                         |  |       |  |  |                   | 〒 -                                      |  |            |  |  |   |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
| 電線工業健康保険組合理事長 殿  |                               |  |       |  |  | 被保険者 住所<br>(請求者)  |  |  |            |  |  |   |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
| 氏 名  |                               |  |       |  |  | 電話                |  |  |            |  |  |   |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
| 支<br>払<br>機<br>関<br>欄  | 支払区分                          |  |       | 預金の種類  |  |                   | 金融機関名                                    |  |            | 銀行 本店<br>金庫 支店<br>農協 出張所                 |  |   |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
|  | 1. 振 込                        |  |       | 1. 普通 2. 当座  |  |                   |  |  |            |  |  |   |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
| □ 座名義<br>カタカナで記入   |                               |  | □ 座番号 |  |  |                   |  |  | 左づめ        |  |  |   |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
| 同<br>意<br>記<br>録   | 同意医師の氏名                       |  |       | 住 所  |  |                   | 同意年月日                                    |  |            | 傷 病 名                                    |  |   |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
|  |                               |  |       |  |  |                   | 年 月 日                                    |  |            |  |  |   |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |
| <記入にあたっての注意事項><br>・ 申請書は暦月を単位として作成してください。<br>・ 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。<br>・ 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。<br>・ 「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。<br><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)<br>※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。<br><その他添付書類(該当する場合)><br><input type="checkbox"/> 医師の同意書(原本) <input type="checkbox"/> 施術報告書(写し) <input type="checkbox"/> 往療状況確認表 <input type="checkbox"/> 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書 |                               |  |       |  |  |                   |  |  |            |  |  |   |                    |  |  |     |  |  |                           |  |  |  |  |