

健康保険 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書 (年 月分)【はり・きゅう用】

本申請書の施術に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者記号・番号		被保険者氏名		(フリガナ)																												
	—		氏名																														
	被保険者の 現住所	〒 — Tel () —																															
	(フリガナ)		生年月日	続柄	発病又は負傷年月日																												
	施術を受けた者の 氏名・生年月日等	氏名	男・女 昭和 平成 令和	年 月 日		年 月 日																											
	傷病名		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 ())		施術した場所(入居施設や住所地特例等、 上記被保険者住所地と異なる場合に記載)																														
	振込口座	金融機関名	銀行 金庫 農協	支店名	本店 支店 出張所	預金種別 普通・当座・その他 ()																											
	【被保険者名義 に限ります】			口座名義 カナで記入		口座 番号																											
施 術 内 容 記 入 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 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																										
	初検料		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																										
			(月16回以降の施術にかかる50%減)		円×0.5×	回＝	円																										
			訪問施術料 1		円×	回＝	円																										
			(月16回以降の施術にかかる50%減)		円×0.5×	回＝	円																										
			訪問施術料 2		円×	回＝	円																										
			(月16回以降の施術にかかる50%減)		円×0.5×	回＝	円																										
			訪問施術料 3 (3～9人)		円×	回＝	円																										
			(月16回以降の施術にかかる50%減)		円×0.5×	回＝	円																										
			訪問施術料 4 (10～19人)		円×	回＝	円																										
	(月16回以降の施術にかかる50%減)		円×0.5×	回＝	円																												
	訪問施術料 5 (20人以上)		円×	回＝	円																												
	(月16回以降の施術にかかる50%減)		円×0.5×	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																												
	(月16回以降の施術における加算に係る50%減)		円×0.5×	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	訪問1① 訪問2② 訪問3③ 通所○ 往療◎ 訪問4④ 訪問5⑤	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
○往療又は本門の理由(1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知所や視覚、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		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		氏 名		電 話																												
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																												

【記入上の注意と添付が必要な書類について】

- ・ 申請書は暦月単位で作成。振込口座は被保険者名義に限ります。「はり師・きゅう師記入欄」については、施術所に記入を依頼してください。
- ・ 以下①～④の書類を添付してください。

①医師の同意書(原本) ※有効期間内における2回目以降の請求にあつては省略可
②施術報告書(写) ※施術報告書交付料を申請するとき
③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 ※該当するとき
④領収書(原本) ※受療者氏名、受療日、施術所名、施術費用の記載があるもの