

# (はり・きゅう)療養費支給申請書

令和 年 月 日

( 本人 ・ 家族 )

【第 回目】

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	健康保険組合理事長殿		住所 〒		令和 年 月 日	
	被保険者		氏名			
	下記の通り申請します。					
	記号・番号	-		事業所名称		
	療養を受けたものの氏名			続柄	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	傷病名					
	発病又は負傷の時期及び原因	いつ、どこで 令 年 月 日 ( ) なにをしていて どのように				第三者行為によるもの <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
診察を受けた病院等	名称 住所			施術者氏名		
				施術に要した金額	円	

※ 施 術 所 発 行 の 「 療 養 費 支 給 申 請 書 」 添 付 で も 可 	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分
	年 月 日	令和 年 月 日 ~ 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
	初検料	1. はり 2. きゅう 3. はりきゅう併用		円	摘要
	施術内容	はり	円 × 回 =	円	
		きゅう	円 × 回 =	円	
		はり・きゅう併用	円 × 回 =	円	
	電療料	1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具	円 × 回 =	円	
		往療料	2Kmまで 加算 ( km )	円 × 回 = 円 × 回 =	
	費用額計				
施術日: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					
保健所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地		上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。		令和 年 月 日
施術者登録番号			住所		TEL
免許登録番号 はり師			施術所名		
免許登録番号 きゅう師			氏名		
同意医師	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		

- 【注意事項】
- 申請書は暦月ごとにご記入ください
  - 施術を受けるごとに発行される領収証をすべて添付ください(原本)
  - 初めてかかった時の請求には医師からの同意書の添付が必要です。  
※厚労省の定められた期間(6ヶ月)を超える場合は再度同意書の添付が必要です。

※記載内容を訂正する場合には、該当箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

\*ALAP以外の退職予定の方は支払金融機関を記入してください。ただし、退職後、任意継続される方は記入不要です。

支払金融機関	金融機関名		支店名	
	預金種別	1. 普通 2. 当座 3. その他( )	口座名義(カナ)	
	口座番号			

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
	令和 年 月 日	
	被保険者	住所 氏名
	住所	
	代理人	
	氏名	
	委任者と代理人との関係	

(事) 社会保険担当者印

健保組合受付印

## 領収書添付欄

■領収書(原紙)を糊付けして下さい

■同意書は貼らないで下さい

1ページ目、同意書と併せて左上をホチキスで止めてご提出下さい