

療養費支給申請書（令和 年 月分）（はり・きゅう用）【令和8年7月施術分～】

※ 下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。（任意継続は除く）

被 保 険 者 欄	○被保険者資格の記号・番号										○発病又は負傷年月日				○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																		
	記号		番号								平成・令和 年 月 日																						
	療養を受けた者の氏名		(フリガナ)						続柄		○施術した場所(施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載)																						
			男・女								○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 内 容 欄	初療年月日				施術期間										実日数				請求区分														
	令和 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 料	はり・きゅう				施術の種類		1 術 回		2 術 回		円																					
		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																					
	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:令和 年 月分)						円 × 回 =				円																						
	明細書発行加算						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																											
通院○ 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																		
	令和 年 月 日										住 所																						
	免許登録番号 _____ はり 師										氏 名 電 話																						
免許登録番号 _____ きゅう 師																																	
申 請 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。																																
	令和 年 月 日 円 -																																
	申請者 住 所 近畿日本鉄道健康保険組合理事長 殿 (被保険者) 氏 名 電 話																																
支 払 機 関 欄	支払区分										預金の種類										金融機関名												
	1. 振 込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払										1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段										銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所												
	口座名義 カタカナで記入										口座番号										郵便局												
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												

本申請書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									
申請者 住所 (被保険者) 氏名 _____																			
代理人 住所 氏名 _____																			

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

健康保険組合		
常務理事	事務長	係員

同意書

(はり及びきゅう療養費用)

患 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
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 ()	
※ 1～6は、当てはまるものに○をつけてください。 7は、慢性的な疼痛を主訴とする疾病で鍼灸の施術に同意する 病名を記載下さい。		
発病年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
同意区分	初回の同意 ・ 再 同 意 (○をつけてください)	
診 察 日	令和 年 月 日	
注意事項等	施術に当たって注意すべき事項等があれば記載して下さい (任意)	

□同意書交付の留意点(裏面)を確認しました。

上 記 の 者 に つ い て は 、 頭 書 の 疾 病 に よ り 鍼 灸 の 施 術 に 同 意 す る 。

令和 年 月 日

保 険 医 療 機 関 名

所 在 地

保 険 医 氏 名

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で記載する必要があります。
保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載してください。