健康保険組合		
常務理事	事務長	係員

療養費支給申請書（令和　　年　　月分）（はり・きゅう用）【令和6年9月施術分まで】

※ 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

○被保険者証等の記号・番号	○発病又は負傷年月日	○傷病名
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） 男・女	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過
	昭和・平成・令和　年　月　日生		○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

			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	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　4kmまで		円 × 回 ＝ 円	
往療料　4km超		円 × 回 ＝ 円	
施術報告書交付料 （前回支給：令和　年　月分）		円 × 回 ＝ 円	
費用額計		円	

施術日 通院○ 往療◎	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

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。

令和　年　月　日

免許登録番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿ はり師

免許登録番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿ きゅう師

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

住所

氏名　　電話

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

〒　－

申請者（被保険者）　住所

近畿日本鉄道健康保険組合理事長　殿

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（被保険者）　住所　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。

診　断　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、当てはまるものに〇をつけてください。 7は、慢性的な疼痛を主訴とする病名を記載ください。	
発病年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	
診察区分	初　診　・　再　審　（〇をつけてください）	
診 察 日	令和　　年　　月　　日	
症　　状 （主訴を含む）		
注意事項等	注意すべき事項等があれば記載してください（任意）	

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。

健康保険組合		
常務理事	事務長	係員

療養費支給申請書（令和　　年　　月分）（はり・きゅう用）【令和6年10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

○被保険者証等の記号・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		続柄	○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）
	（フリガナ） 男・女		
	昭和・平成・令和　年　月　日生		○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
	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：令和　年　月分）		円 ×	回 ＝	円
費用額計		円		

施術日 訪問1① 通院○ 訪問2② 往療◎ 訪問3③	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。

令和　年　月　日

免許登録番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿ はり師

免許登録番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿ きゅう師

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

住所

氏名　　電話

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

〒　－

申請者（被保険者）　住所

近畿日本鉄道健康保険組合理事長　殿

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（被保険者）　住所　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。

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、当てはまるものに〇をつけてください。 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　（〇をつけてください）	
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）	

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。