

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)

※ 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															
	療養を受けた者の氏名				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							
	初検料								円				摘 要							
	1. はり 2. きゅう 3. はりきゅう併用																			
	施 術				円 × 回 =				円											
	はり				円 × 回 =				円											
	きゅう				円 × 回 =				円											
	はり・きゅう併用				円 × 回 =				円											
	電療料				円 × 回 =				円											
1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具																				
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				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							
	免許登録番号				はり師				住所											
	免許登録番号				きゅう師				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				住所				氏名				電話							
支 払 機 関 欄	支払区分				預金の種類				金融機関名				銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所							
	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															
	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。

# 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○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 (○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。