

療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

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																													
			年 月 日																															
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄		○業務上・外、第三者行為の有無																													
		男・女			(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																													
明・大・昭・平・令 年 月 日生				○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)																														
施術内容欄	初療年月日		施術期間		実日数		請求区分																											
	() 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・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				転 帰																											
			5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()				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: 年 月分)			円×	回＝	円																											
	合 計					円																												
	一部負担金 (1割・2割・3割)					円																												
	請 求 額					円																												
	施術日	訪問1①	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	
	通所○	訪問2②																																
	往療◎	訪問3③																																
	○往療又は訪問の理由 (1. 徒歩による公共交通機関を便しての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 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	施術所		所在地																														
	登録記号番号	名称		氏名																														
		電話番号		氏名																														
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																														
	ウラベ健康保険組合理事長 殿	(被保険者)		氏名																														
		電話番号		氏名																														
支払機関欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		銀行		本店																									
	1. 振 込 2. 銀行送金		1. 普通 2. 当座		金庫		支店		出張所																									
	3. 郵便局送金 4. 当地払		3. 通知 4. 別段		農協		郵便局																											
	口座名義 カタカナで記入		口座番号																															
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																代理人 住所																		
(被保険者) 氏名																(事業主) 氏名																		

申請方法

- ① 施術料の全額を施術所窓口で支払い「領収書」を受け取ります。
- ② 施術者等に施術内容等の証明を受けます（療養費支給申請書内に記載）。
- ③ 以下の書類を揃え、事業所総務部経由で（任意継続の方は直接）当健保組合にご提出ください。

療養費支給申請に必要となる書類と記入にあたっての注意事項

※ 暦月ごとに申請してください。

『療養費支給申請書』

※ 二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は施術管理者へ記入を依頼してください。それ以外の項目は申請者（被保険者）が記入をします。

※ 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

⑨ 「支払機関欄」と「委任欄」の記入について

在職中の被保険者の方は

- ・ 支払機関欄…事業所の金融機関口座に給付金を支払いますので、記入しないでください。
- ・ 委任欄…申請者（被保険者）の住所、氏名を記入してください。代理人（事業主）は事業所が記入します。

『領収書（原本）』（全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるもの）

『医師の施術同意書（原本）』

※ 初めて施術を受けるときは医師の診察のうえ施術同意を受けることが必要です。また、初めて施術を受けた日から6か月を経過して更に施術を受ける場合は、再度、医師の診察のうえ施術同意（再同意）を受けることが必要です。

『施術報告書（写し）』

※ 施術者の施術報告書交付料の算定が行われている場合は、施術者等が発行した当該書類の写しを確認のため添付してください。

『往療状況確認表』（当健保組合のHPに掲載）

※ 往療（歩行困難等で自宅等に施術者が赴いて）の施術を受けた場合には、施術者等へ『往療状況確認表』の記入を受け申請書に添付をしてください。

『1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書（原本）』

※ 該当する場合、施術者等が発行した当該書類を添付してください。