

療養費支給申請書 (令和 1年 6 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号				○発症又は負傷年月日				○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)			
	9 9 - 1 0 0 0				平成 28年 7月 25日				腰痛症			
	(ワガナ) ケンポ タロウ				続柄				○発症又は負傷の原因及びその経過			
	施術を受けた者の氏名 健保 太郎				①本人 ②配偶者 ③子 ④その他 ()				不詳 ○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					
	平成 年 月 日		自・平成 年 月								
	傷病名		1. 神経痛 2. リウマチ		二重線内は、施術管理者に記入を依頼してください。 施術者氏名 _____ 施術日 日 ※往療を必要とした場合に記入 往療日 日 往療を必要とした理由						
	5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症										
	初検料		1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用								
	施	はり	円 ×	回 =			円				
	術	きゅう	円 ×	回 =			円				
	料	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	4 km まで	円 ×	回 =			円				
	往療料	4 km 超	円 ×	回 =			円				
	施術報告書交付料 (前回支給: 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。				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					
	平成 年 月 日				所在地						
	はり師免許登録番号 _____				施術所名						
	きゅう師免許登録番号 _____				施術管理者名 ㊤ 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。					
	平成 31年 7月 5日		〒141-0032			
	フューチャーグループ健康保険組合理事長 殿		被保険者 住所 東京都品川区大崎〇-〇-〇			
			氏名 健保 太郎		㊤ 電話 03-5740-〇〇〇〇	
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		① 普通 2. 当座		銀行・金庫 本店	
	3. 郵便局送金 4. 当地払		3. 通知 4. 別段		農協 ■■■ 支店	
	口座名義 カタカナで記入		ケンポ タロウ		郵便局 出張所	
	口座番号		1 1 1 1 1 1 1			
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日	
	関東 三郎		東京都新宿区西新宿〇-〇-〇		平成31年 5月 27日	
					傷病名 腰痛症	
					要加療期間 H31. 5. 27 -R1. 8. 31	

<記入にあたっての注意事項>

- ・ 申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・ 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。
- ・ 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・ 「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。

<提出の流れ> 本人 → 事業所 → 健康保険組合 (※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください)

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書(原本)を必ず添付してください。

<その他添付書類(該当する場合)>

医師の同意書(原本) 施術報告書(写し) 往療状況確認表 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書