

健康保険被扶養者療養費支給申請書
(はり・きゅう用)

常務理事	事務長	担当者

支給決定日	支給額
	円

下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。申請日 令和 年 月 日

被保険者 記入欄	令和 年 月診療分			所 属 事 業 所													
	被 保 険 者 名 氏		印		被 保 険 者 号 記 号 番 号			28 -									
	療養を受けた者		氏 名		生 年 月 日			年 月 日									
					被保険者との続柄												
	傷 病 名				発 病 又 は 負 傷 年 月 日			年 月 日									
	発症又は負傷の 原 因 及 び 経 過							第三者の行為での負傷ですか はい ・ いいえ									
	施術した場所(入居施設や住所地特例等、住所地と異なる場合に記載)																
本申請に基づく給付金の受領は事業主に委任します。 令和 年 月 日 (被保険者氏名) 印																	
はり師・きゅう師 記入欄	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.頰腕症候群 4.五十肩												転 帰			
		5.腰痛症 6.頰腕捻挫後遺症 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 用			
		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								
	費 用 額 計				円												
	施術日		訪問1①		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
	通所○		訪問2②		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
	往療◎		訪問3③		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。 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 氏 名																
	免許登録番号 _____ きゅう師 電 話																
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												

■暦月ごとに、この申請書に記入してください。
■添付書類は、領収証(原本)と医師の同意書です。(2回目以降の申請の場合、同意書の有効期間内は添付を省略できます。)
■病院で同一疾病の治療を受けている場合は健康保険は使えません。全額自費となりますのでご注意ください。(同意書発行に必要な診察・検査は除く。)