

被保険者
家族

療養費支給申請書

(はり、きゅう用)

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①	被保険者証 の 記号・番号	記 号 番 号		②	被保険者 氏 名 生年月日	生年月日	昭・平・令	年	月	日	印
	③	被保険者の 現 住 所	〒 ー 電話 ()									
	④	事業所名称										
	⑤	被扶養者が施術を受けた場合は、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。										
		氏名		生年月日	昭・平・令	年	月	日	被保険者 との続柄			
	⑥	傷 病 名	☐ 神経痛 ☐ 頸腕症候群 ☐ 腰痛症 ☐ 五十肩 ☐ リウマチ ☐ 頸椎捻挫後遺症 ☐ その他 ()									
	⑦	発病または 負傷年月日	令和 年 月 日									
	⑧	発病または 負傷の原因 (詳細に記入)	い つ . . .									
			ど こ で . . .									
			どのように . . .									
	⑨	第三者によるものですか	はい . いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。									
	⑩	業務中に発生したものですか	はい . いいえ									
	⑪	施術を受けた 施 術 所	名 称									
			所在地									
	⑫	施術を受けた日 (○を付けてください)	年 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 【 日間】								
⑬	再同意方法 (同意書がない場合)	☐ 受療者	・電話 (月 日)									
		☐ 家 族	・診療日に口頭 (月 日) で同意を得た。									
		☐ はり師 ☐ きゅう師	・電話 (月 日) ・文書 (月 日) で同意を得た。									
※ 同意医師へ確認させていただきともございますので、正確にご記入ください。												
上記 (または添付) 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。 住 所 〒 令和 年 月 日 氏 名 印 電話 東海放送健康保険組合 理事長 殿 (申請者 自署)												

☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は口にチェックする)

金 銭 の 受 領 を 委 任 す る と こ ろ	本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 (申請者) 氏 名 _____ 印
	委任された者の 事業所名 住 所 氏 名 _____ 印

施 術 内 容 証 明 書 (はり、きゅう用)

(令和 年 月分)

東海放送健康保険組合

は り 師 ・ き ゅ う 師 記 入 欄	③ 施 術 内 容 欄	①	被保険者 の 記号・番号	記 号 番 号		②	受療者 の 氏名	生年月日	昭・平・令	年	月	日	本人 家族																				
		④ 施 術 証 明 欄	傷病名	初療年月日		施 術 期 間				実日数	請求区分																						
				年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日				日	新規・継続																						
				☐ 神経痛 ☐ 頸腕症候群 ☐ 腰痛症 ☐ 五十肩								転 帰																					
				☐ リウマチ ☐ 頸椎捻挫後遺症 ☐ その他 ()								継続・治癒 中止・転医																					
			初検料	☐ はり ☐ はり (電気鍼併用)						円	適 用																						
				☐ きゅう ☐ きゅう (電気温灸器併用)																													
				☐ はり、きゅう併用																													
				☐ はり、きゅう併用 (電気鍼併用・電気温灸器併用)																													
		2 回 目 以 降	1. はり	円 × 回 =				円																									
			2. きゅう	円 × 回 =				円																									
			3. はり、きゅう併用	円 × 回 =				円																									
			電療料 1.電気鍼 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: 年 月分)		円 × 回 =				円																											
合 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
⑤ 同 意 記 録	④ 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 施設の所在地 はり師、きゅう師 名 称 氏 名 電 話 はり師 免許登録番号 () きゅう師 免許登録番号 ()																															
		同意医師氏名	住 所	同意年月日		傷 病 名	要 加 療 期 間																										
				年 月 日																													
		再同意医師氏名	住 所	同意年月日		傷 病 名	要 加 療 期 間																										
				年 月 日																													

【添付書類】 ●領収書 (原本) ●医師の同意書 (原本)
(初療日または医師の同意日から6か月の施術に対して有効となります。有効期限後の施術分には医師の再同意書を添付してください。)

【注意事項】 慢性病であって医師による適当な治療手段のないものが対象です。
(本人からの施術希望、医療機関で治療中の傷病等は支給対象になりません。)