

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 000 番号 9999	②	被保険者 氏 名 生年月日	東海 太郎		東海
	③	被保険者の 現 住 所	〒 0000-0000 電話 000 (000) 0000 名古屋市00区00町 0丁目 0番 0号					
	④	事業所名称	00株式会社					
	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 〇 年 〇 月 〇 日					
	⑧	発病または 負傷の原因 (詳細に記入)	い つ . . . 〇月 〇日ごろ					
			ど こ で . . . 自宅で					
			どのように . . . 腰に痛みを感じ、〇〇医院を受診したが、痛みが消えず。					
	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	〇〇鍼灸院				
			所在地	名古屋市〇〇区〇〇 〇丁目 〇番〇号				
	⑫	施術を受けた日 (〇を付けてください)		〇 年 〇 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 【 3 日間】 ※ 暦月単位で1月に1枚の申請書が必要です。				
⑬	再同意方法 (同意書がない場合)	☒ 受療者	・電話 (月 日) ・診療日に口頭 (〇 月 〇 日) で同意を得た。					
		☐ 家 族						
		☐ 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くこ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 〒 0000-0000 名古屋市00区00町 〇丁目 〇番 〇号 令和 〇 年 〇 月 〇 日 氏 名 東海 太郎 東海 印 電話 000-0000-0000 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)

記 金 入 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 〇 年 〇 月 〇 日	被保険者 (申請者)
		氏 名 東海 太郎 東海
	委任された者の 事業所名 (各事業所の健康保険担当者に、記入・押印をご依頼ください)	
	住 所	氏 名 _____ 印

施 術 内 容 証 明 書 (はり、きゅう用)

(令和 年 月 日)

東海放送健康保険組合

このページは施術を受けた施術所に記入をお願いしてください。

は り 師 ・ き ゅ う 師 記 入 欄	①	被保険者 の 記号・番号	記号 番号	氏 名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	本人 家族	
	③ 施 術 内 容 欄	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	
		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 ()					転 帰 継続・治癒 中止・転医
			初検料	☐ はり ☐ はり (電気鍼併用) ☐ 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				
		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 印 電 話 はり師 免許登録番号 () きゅう師 免許登録番号 ()					
⑤ 同 意 記 録	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カ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。)