

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 (医師の同意を受けた傷病名)		
	-		年 月 日				
	(フリガナ)		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	男・女		1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()		○業務上・外、第三者行為の有無		
	昭・平 年 月 日生		()		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		
	平・令 年 月 日		自・ 年 月 日～至・ 年 月 日		日		
	傷病名		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()		請求区分 新規・継続 転 帰 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		円× 回= 円		※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____	
		きゅう		円× 回= 円		施術日 . . . 日	
		はり・きゅう併用		円× 回= 円			
		電療料 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具		円× 回= 円		※往療を必要とした場合に記入	
	往療料 4 km まで		円× 回= 円		往療日 . . . 日		
	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		往療を必要とした理由			
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。 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		
	所在地		所在地				
	はり師免許登録番号 _____ きゅう師免許登録番号 _____		施術所名 施術者名		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。 令和 年 月 日		〒 -				
	大気社グループ健康保険組合理事長 殿		被保険者 住所 (請求者) 氏名		電話		
振 込 先	給付金は、会社に届出されている給与口座に振込します。						
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日		
					令和 年 月 日		
傷 病 名		要加療期間					

<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。
 ・ 「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 → 健康保険組合
 ※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

【送付先】 郵送の場合 〒160-0023 東京都新宿区西新宿8-19-1 小林ビル511号室
 大気社グループ健康保険組合