【療養費】支給の流れ　＜令和7年4月1日健保組合受領分より＞

日付	【療養費】支給までのスケジュール
上旬	①申請書類を健保組合へ提出・健保組合で受領します。
中旬	②健保組合で毎月20日までに受領した申請書類について、 診療報酬明細書※を確認します。（20日が土・日・祝の場合は前営業日） ※診療報酬明細書とは、医療機関が健保組合に医療費を請求する明細書です。 診療報酬明細書は、診療月の2ヶ月後以降に健保組合へ届くため、 確認までに時間がかかります。
下旬	**診療報酬明細書の確認が** **出来た場合** ③ 健保組合で診療報酬明細書が 確認出来たものについて、支給処理します。 支給が決定しましたら、「保険給付決定 支払通知書」を会社へ届出ている住所へ 郵送させていただきます。 ④当月末支給となります。 （末日が土･日･祝の場合は前営業日） 会社へ届出されている給与口座へ お振込みします。 **（注）** **出来なかった場合** 健保組合で診療報酬明細書が 確認出来なかったものについては、 翌月に診療報酬明細書を 再度確認します。（上記②へ戻る。） **★診療報酬明細書を確認後の** **処理となりますため、** **支給までお時間がかかります。** **予めご了承いただきますよう** **お願いいたします。**

（注） 療養費（10割立替）を申請された方は、提出日によっては、診療月の2ヶ月後以降にお支払いする場合がございます。

任意継続被保険者は、健保組合へ
届出された口座へお振込みとなり、
「保険給付決定支払通知書」は健保組合に届出された住所へ郵送となります。

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	

施術を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過
	男・女	1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他（　）	
	昭・平・令　年　月　日生		○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・令　年　月　日	自・　年　月　日～至・　年　月　日	日	新規・継続
	傷病名　1.神経痛　2.リウマチ　3.頸腕症候群　4.五十肩			転帰
	5.腰痛症　6.頸椎捻挫後遺症　7.その他（　）			継続・治癒・中止・転医

			摘要
初検料 1はり　2きゅう　3はりきゅう併用		円	※施術管理者以外が施術した場合に記入
施術料	はり	円×　回＝　円	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	4kmまで	円×　回＝　円	往療日　・　・　日
往療料	4km超	円×　回＝　円	往療を必要とした理由
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
	令和　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　　〒　－
	被保険者（請求者）　住所
	大気社グループ健康保険組合理事長　殿　　氏名　　電話

給付金は、会社へ届出されている給与振込口座へ振込します。

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		

＜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