

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書(年 月分)(はり・きゅう償還)

被 保 険 者 欄	被保険者の資格の記号番号		発症又は負傷年月日		傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過	
	—		年 月 日			
	療養を 受けた者 の氏名	(フリガナ)		続柄	業務上・外、第三者行為の有無	
		男 女			(1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他()) 施術した場所(施設等)に同居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載)	
		昭・平・令 年 月 日生				

施 術 内 容 欄	初検年月日		施 術 期 間		実日数		請求区分																									
	年 月 日		自・令和 年 月 日 ~ 至・令和 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																									
	施 術 料	はり・きゅう		施術の種類		1術	回	2術	回	摘 要																						
		通所		円 ×		回 =		円																								
		月16回以降の施術に係る50%減		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		訪問施術料 1		円 ×		回 =		円																								
		月16回以降の施術に係る50%減		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		訪問施術料 2		円 ×		回 =		円																								
		月16回以降の施術に係る50%減		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		訪問施術料 3 (3人~9人)		円 ×		回 =		円																								
		月16回以降の施術に係る50%減		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		訪問施術料 4 (10人~19人)		円 ×		回 =		円																								
		月16回以降の施術に係る50%減		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		訪問施術料 5 (20人以上)		円 ×		回 =		円																								
		月16回以降の施術に係る50%減		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		電療料(加算/ 1電気針 2電気温灸器 4電気光線器具)		円 ×		回 =		円																								
	月16回以降の施術に係る50%減		円 × 0.5 ×		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																										
明細書発行加算		円 ×		回 =		円																										
費 用 額 計						円																										
※集中率90%以上の施設等入居者(80%減対象)【該当の場合○】				減後合計額		円																										
施術日	訪問1①	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
通所○	訪問2②																															
	訪問3③																															
往療◎	訪問4④																															
	訪問5⑤	月																														
往療又は訪問の理由(1.独歩による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。		保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術住所地		
	令和 年 月 日		〒		—		
	所在地						
	免許登録番号		はり師		施術所名称		
免許登録番号		きゅう師		施術管理者名		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						
		所在地					
		被保険者		大阪金属問屋健康保険組合 殿		電話	
		(請求者) 氏名					

支 払 機 関 欄	金融機関名		支店名		預金種別		口座番号		口座名義	
					普通 当座 その他()				(カナ)	

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。
・「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。□
・「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、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

<添付書類>
□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。
領収書(受療者氏名、受療日、施術者氏名、施術費用、但し書き(例:はり・きゅう施術代))

※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

受付年月日