

療養費【はり・きゅう】支給申請書

受付印

いすゞ自動車健康保険組合 御中

(被保険者・被扶養者)

令和 年 月 日提出

《 令和 年 月分 》

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者名 フリガナ	生年月日 (才)	記号	番号	
	本申請書の提出および給付金の受領を事業主に委任します		昭 平	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 記載内容について申請者本人が確認しました。 ※ チェックの記載がない場合、受領できませんのでご注意ください。				
	現住所 〒	TEL	事業所名		
	申請が被扶養者に関する場合はその氏名 フリガナ	生年月日 (才)	被保険者との続柄		
	フリガナ	昭 平 令	年 月 日		
傷病名	発病又は負傷の年月日		第三者行為によるものか		
	昭和 平成 令和		年 月 日	はい・いいえ	
発病または負傷の原因およびその経過			金額	円	
施術所名称		施術所所在地			

は り 師 ・ き ょ う 師 が 記 入 す る と こ ろ ※ 施術所発行の「療養費支給申請書」添付でも可	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	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()	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 往療が行われた場合、 往療を必要とした理由を記入	
	施 術 内 容 欄	はり	円 × 回 =	円	
		きゅう	円 × 回 =	円	
		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 料	4Kmまで	円 × 回 =	
	4Km超		円 × 回 =	円	
	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◎		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	保健所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地	上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。令和 年 月 日			
	免許登録番号 はり師	住所 電話番号			
	免許登録番号 きゅう師	施術所名 氏名			
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		

- 提出先は、勤務先健康保険担当部署です。(健康保険組合に直接提出ではありません)
- はじめてかかった時の請求および6か月を超えて引き続き施術が必要な場合は、医師の同意が必要です。
※ 必ず、保険医に受診のうえ、文書で「医師の同意書」の交付を受け添付してください。
- 施術報告書交付料を請求する場合には、施術報告書の写しを添付してください。
- 施術を受けるごとに発行される領収書をすべて添付してください。
※ 受診者名が記載されている領収書原本 レシート不可
- 当申請書に、**マイナンバーの記入は不要です**。マイナンバーで申請したい場合は、番号欄に記入のうえ、番号および本人確認書類の添付が必要です。

【注意事項】

事業所担当者確認欄

--	--