

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (はり・きゅう)

※ 同意医師へ確認させて頂くこともありますので、正確にご記入ください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|----------------------------|----------|---|------|----------|----|------------|---|---|-----|----------|-------|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| ①被保険者証記号番号 | — | ②事業所名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③被保険者の氏名 | | ④生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤療養が被扶養者に関するときはその者の | 氏名 | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | 続柄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥傷病名 | <input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦発病又は負傷の原因および経過 | いつ | 年 | 月 | 日 | (曜日) | 午前 午後 | 時頃 | ⑧発病又は負傷年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | どこで | | | | | | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑨施術を受けた施術所 | 何をしています | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑩業務中に発生したのですか？ | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | はい・いいえ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑫ 施術を受けた日 (○を付けてください) | 年 | 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 |
| | | | 【 日間】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ※ 暦月単位で1月につき1枚の申請が必要となります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑬ 被保険者同意欄 | 療養を受けた医療機関等に名古屋文具紙製品健康保険組合が文書等により当申請内容を照会することに同意します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記入する欄 | 上記のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑭被保険者の(申請者) 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名古屋文具紙製品健康保険組合理事長 殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑮振込希望の金融機関等(被保険者名義の口座)を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 銀行名 | 銀行・信用金庫 信用組合・農協 | | | | | | | | | | 支店名 | 本店 支店 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預金種別 | 1.普通 | 口座番号 | | | | | | | | | | | 口座名義人 | (フリガナ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2.当座 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

⑯給付金の受取を代理人に委任する場合に記入してください。(委任者・代理人ともに署名が必要です。)

3.4

| | |
|---------|---|
| 受取代理人の欄 | 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日 被保険者の住所 (申請者) 氏名 代理人の住所 氏名 |
|---------|---|

(受付日付印)

* この申請書には「領収書(原本)」・「医師の施術同意書(原本)」が必要です。
 状況に応じて他の書類の提出が必要な場合があります。
 *裏面の「添付書類・注意事項」をよくお読みになってご記入ご提出をお願いします。

施術内容証明書 (はり・きゅう用)

(年 月分)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|----------|----|----|---|---|---|-----|---|---|---------|-------------------------|--------|--------|----|----|-------|----|----|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 被保険者の記号番号 | 記号 | | | | | | | | | | | 療養を受けた者の氏名 | (フリガナ) | 男 女 | 本人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 番号 | | | | | | | | | | | | 昭・平 | 年 | 月 | 日生 | 家族 | | | | | | | | | | | | | | | |
| はり師・きゅう師記入欄 | 初療年月日 | 施術期間 | | | | | | | | | | 実日数 | 請求区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 年 | 月 | 日 | 自・ | 年 | 月 | 日 | ～至・ | 年 | 月 | 日 | 日 | 新規・継続 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 傷病名 | | | | | | | | | | | 転 帰 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | はり師 きゅう師 はり・きゅう併用 | 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 施術日 . . . 日 ※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日 往療を必要とした理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | | | | | | | 4 kmまで | 円× | 回= | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 免許登録番号 | | | | | | | | | | | はり師 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 免許登録番号 | | | | | | | | | | | きゅう師 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

【記入にあたっての注意事項】

- ・ 暦月を単位として作成してください。
- ・ 往療を要した場合は、摘要欄にその理由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。
- ・ 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。)
- ・ 当該患者より依頼を受けた場合や当該患者が記入することができないやむを得ない理由がある場合には、施術者等が代理記入し当該患者から押印を受けてください。

添付書類・注意事項

添付書類

- 領収書(原本)**
全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるもの。
- 医師の施術同意書(原本)**
初療日または医師の同意日から6ヶ月の施術に対し有効となります。
有効期間を経過した時点で、更に施術を受ける場合は再度、医師の診察のうえ
施術同意書(再同意)の交付を受ける必要があります。
また、有効期間内において2回目以降の請求については、医師の同意書の添付は
省略または医師同意書(写し)の添付で差し支えありません。
- 施術報告書(写し)**
施術者の「施術報告書交付料」が算定されている場合は、施術者等が発行した
当該書類の写しを確認のため添付してください。
- 往療状況確認書**
往診の施術を受けた場合は、施術者等へ『往療状況確認書』の記入を受け申請書に
添付をしてください。
- 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書**
初療の日から1年以上経過し、かつ、1月に16回以上の施術を受けている場合は、
施術者等へ『1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書』の記入を受け申請書に
添付してください。

注意事項

1. 暦月ごとに申請してください。
2. 慢性病であって医師による適切な治療手段のないものが対象です。
本人からの施術希望、日常生活の疲労回復や慰安目的、疾病予防、医療機関で治療中の傷病
(医師から薬や湿布を処方された場合も治療行為になります。)等は支給対象になりません。
3. ⑦「発病または負傷の原因」欄は、詳しくご記入ください。
なお、負傷の原因が交通事故などの第三者によるもの場合は、「第三者の行為による
傷病届」の提出が必要です。(用紙は健康保険組合にあります)
4. ⑮「振込希望の銀行口座」欄は、被保険者(請求者)名義の口座をご記入ください。
振込手続きがスムーズに進むように、必ず通帳等を確認のうえご記入ください。

ご提出の前に今一度、記入漏れや添付書類漏れが無いかをご確認ください。