

## 療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

|                           |                                                         |          |     |                                                                                     |                                                                |         |       |  |            |  |                                          |   |                          |   |                    |                |             |  |  |  |  |
|---------------------------|---------------------------------------------------------|----------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------|-------|--|------------|--|------------------------------------------|---|--------------------------|---|--------------------|----------------|-------------|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>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<br>受 け た 者<br>の 氏 名                               |          |     |                                                                                     |                                                                |         |       |  | 男・女        |  | 1. 本人<br>2. 配偶者<br>3. 子<br>4. その他<br>( ) |   | ○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<br>術<br>内<br>容<br>欄     | 初 療 年 月 日                                               |          |     |                                                                                     | 施 術 期 間                                                        |         |       |  |            |  |                                          |   | 実 日 数                    |   | 請 求 区 分            |                |             |  |  |  |  |
|                           | 令和 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<br>5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ( ) |         |       |  |            |  |                                          |   |                          |   | 転 帰                |                |             |  |  |  |  |
|                           | 初 検 料                                                   |          |     |                                                                                     |                                                                |         |       |  |            |  |                                          |   | 円                        |   | 摘 要                |                |             |  |  |  |  |
|                           | 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用                                    |          |     |                                                                                     |                                                                |         |       |  |            |  |                                          |   |                          |   | ※施術管理者以外が施術した場合に記入 |                |             |  |  |  |  |
|                           | 施<br>術<br>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      |     |                                                                                     |                                                                | 円 × 回 = |       |  |            |  |                                          |   |                          | 円 |                    | ※往療を必要とした場合に記入 |             |  |  |  |  |
|                           | 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具                                  |          |     |                                                                                     |                                                                |         |       |  |            |  |                                          |   |                          |   |                    |                | 往療日 . . . 日 |  |  |  |  |
|                           | 往 療 料                                                   |          |     |                                                                                     | 4 km まで                                                        |         |       |  |            |  |                                          |   | 円 × 回 =                  |   | 円                  |                | 往療を必要とした理由  |  |  |  |  |
|                           | 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 |                          |   |                    |                |             |  |  |  |  |
| 費 用 額 計                   |                                                         |          |     | 円                                                                                   |                                                                |         |       |  |            |  |                                          | 円 |                          |   |                    |                |             |  |  |  |  |
| 施術日<br>通院○<br>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<br>術<br>証<br>明<br>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 _____                                        |          |     |                                                                                     |                                                                |         |       |  | 施術管理者名     |  |                                          |   | ☎ 電話                     |   |                    |                |             |  |  |  |  |
| 申<br>請<br>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 千 一 被保険者 住 所<br>京葉銀行健康保険組合理事長 殿 (請求者) 氏 名 ☎ 電話 |          |     |                                                                                     |                                                                |         |       |  |            |  |                                          |   |                          |   |                    |                |             |  |  |  |  |
| 支<br>払<br>機<br>関<br>欄     | 支払区分                                                    |          |     |                                                                                     | 預金の種類                                                          |         |       |  | 金融機関名      |  |                                          |   | 銀行 本店<br>金庫 支店<br>農協 出張所 |   |                    |                |             |  |  |  |  |
|                           | 1. 振 込 2. 銀行送金<br>3. 郵便局送金 4. 当地払                       |          |     |                                                                                     | 1. 普通 2. 当座<br>3. 通知 4. 別段                                     |         |       |  |            |  |                                          |   |                          |   |                    |                |             |  |  |  |  |
| 同<br>意<br>記<br>録          | 口 座 名 義<br>カタカナで記入                                      |          |     |                                                                                     | 口 座 番 号                                                        |         |       |  |            |  |                                          |   |                          |   | 郵便局                |                |             |  |  |  |  |
|                           | 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                                                                            |                                                                |         |       |  |            |  |                                          |   |                          |   |                    |                |             |  |  |  |  |

## &lt;記入にあたっての注意事項&gt;

- ・ 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（給与受取口座）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。

## &lt;提出の流れ&gt; 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。

## &lt;その他添付書類（該当する場合）&gt;

□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

問い合わせ先 京葉銀行健康保険組合

TEL. 043-306-8005

2019年4月版