

支給金額	円
記入例	年 月 日～
	年 月 日 日間

常務理事	事務長	担当

被保険者療養費支給申請書【はり・きゅう用】（令和 年 月分）
被扶養者

被保険者欄	被保険者資格情報の記号・番号	療養を受けた者の氏名	フリガナ	ケンポ ハナコ	男	続柄(被扶養者の場合)	生年月日
	12 — 345678	健保 花子		健保 花子	女	配偶者	昭和 55年 5月 10日 平成
	発症または負傷年月日	傷病名		業務上・外、第三者行為の有無			
	平成 6年 12月 10日 令和	五十肩		1.業務上 2.第三者行為である 3.その他			
発症又は負傷の原因及びその経過、はり・きゅう受療の経緯 (原因については、各自が思い当たることをご記入下さい) 寝室の掃除をしていたら、肩が痛み出した。整形外科を受診し、鍼灸の治療を勧められて治療を始めた。痛みは徐々に和らぐも、通院中。							

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
			新規・継続
平成 年 月 日 令和	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 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他 ()		転帰
初回	1.はり 2.はり(電気針併用) 3.きゅう 4.きゅう(電気温灸器併用) 5.はり、きゅう併用 6.はり、きゅう併用(電気針・電気温灸器併用)	円	継続・治癒・中止・転医 摘要
2回目以降	はり はり(電気針併用) きゅう きゅう(電気温灸器併用) はり・きゅう併用 はり・きゅう併用(電気針)	円 × 回 = 円	
往療料	4kmまで 4km超		
合計		円	
施術日	月 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			
上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日 施術所名 所在地 〒 免許登録番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 はり師 氏名 免許登録番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 きゅう師 氏名 TEL			

はり師・きゅう師に記入を依頼して下さい

医師同意書(記入または添付)	患者氏名	生年月日	発病(初診)年月日
	傷病名	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
	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	要加療期間	
	症状(これまでの経過と見通し)	必要性について 1.必要とする 2.必要としない	
上記の者については、頭書の疾病 令和 年 月 日 保険医療機関名 所在地 〒 氏名 TEL			

ご担当医師に記入を依頼して下さい
(または、「同意書」原本を添付下さい)

被保険者欄	上記(または添付)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。	住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東海市〇〇区〇〇町△△-××
	令和 7年 1月 7日	被保険者 氏名 健保 太郎
	愛知製鋼健康保険組合 理事長 殿 (申請者)	

上記金額の受領を に委任します。

- (注意事項) ○各施術月毎(1ヵ月毎)申請者毎に、申請書1枚を提出下さい。
○施術を受けるごとに発行される領収証原本を全て添付下さい。
○初療(初診)時、及びその後6ヶ月毎に医師同意書の提出が必要です。

保険給付を受ける権利の時効(消滅期間)は2年間です。
給付金は「医療費のお知らせ及び保険給付決定通知」でご確認下さい。
給付金は給与上乗せでお支払い致します(任意継続の方のみ届出されている口座振込)

領収書確認

--