

健康保険 療養費支給申請書 (はり・きゅう用) (令和 5 年 9 月分)

被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号・番号	999 - 9999	事業所名	〇〇〇〇株式会社				
	受診者氏名	健保 すみれ		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 59 年 3 月 27 日 <input type="checkbox"/> 令和	続柄	妻	
	発病または 負傷の原因	傷病名	頸腕症候群		発症または 負傷年月日	令和 3 年 10 月 1 日		
	※不明な場合は おおよそで 構いません ※空欄、不明だ と受理不可	どこで	発病又は負傷の原因をご記入ください					
		何をしています						
		確認事項 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	労災(業務上や通勤中)によるものですか? はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 労災申請の場合は労基署名()	第三者の行為によるものですか? はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 「はい」は負傷原因届の添付が必要				
	施術機関など 支払先の名称	〇〇鍼灸院				支払った金額	6,680 円	
	上記のとおり請求します。 支給決定の際に必要なに応じて医療機関、事業所、保険者、官公庁等に照会を求めることに同意します。 また、事業主に給付金の受領に関する権限を委任します。(給与と併せて支給/支給日:事業所の給与支給日) 令和 5 年 11 月 1 日 住所 〒 222-2222 埼玉県〇〇市〇〇2-2-202 氏名 健保 弘志 TEL 222-222-2222 ※遺族による申請の場合は続柄が確認できる書類を添付ください							

施 術 者 記 入 欄	初療 年月日	令和 年 月 日	施術した 期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日)	実日数			
	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 ()			区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 転帰 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医	
	初検料	<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> はりきゅう併用		円× 回=	円	適用		
	施 術 料	はり	円× 回=	円	はり師きゅう師に記入を依頼してください			
		きゅう	円× 回=	円				
		はり・きゅう併用	円× 回=	円				
		電療料 (<input type="checkbox"/> 電気針 <input type="checkbox"/> 電気温灸器 <input type="checkbox"/> 電気光線器具)	円× 回=	円				
		往療料 4kmまで	円× 回=	円				
		往療料 4km超	円× 回=	円				
		施術報告書交付料(前回支給:令和 年 月分)	円× 回=	円				
	費用額計		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	<input type="checkbox"/> 施術所所在地 <input type="checkbox"/> 出張専門施術者住所地			
令和 年 月 日		所在地						
免許登録番号		はり師 氏名						
免許登録番号		きゅう師 TEL						
同 意 記 録	同意医師の氏名		同意年月日		傷病名		要加療期間	
			令和 年 月 日					
	住 所							

添 付 書 類	<input checked="" type="checkbox"/> 医師による施術に関する同意書の原本 ※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上記「同意記録」に記載すること
	<input checked="" type="checkbox"/> 領収書の原本
	<input checked="" type="checkbox"/> 施術報告書(写し) ※該当する場合
	<input checked="" type="checkbox"/> 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書 ※該当する場合

健 保 組 合	
決 裁	処 理

健保受付

事 業 所	
責任者	担当者