

療 養 費 支 給 申 請 書 (年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	○被保険者等の記号番号			○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																										
		一		年 月 日																												
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)			続 柄	○業務上・外、第三者行為の有無																										
		男 ・ 女			1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()	(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																										
						○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)																										
昭・平・令 年 月 日 生																																

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日			施 術 期 間														実日数		請 求 区 分																									
	() 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 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																																									
	施 術 料	はり・きゅう			施術の種類		1 術 回							2 術 回							摘 要																								
		通所			円× 回＝ 円																																								
		訪問施術料 1			円× 回＝ 円																																								
		訪問施術料 2			円× 回＝ 円																																								
		訪問施術料 3 (3人～9人)			円× 回＝ 円																																								
		訪問施術料 3 (10人以上)			円× 回＝ 円																																								
		電療料 (加算／ 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具)			円× 回＝ 円																																								
	特 別 地 域 (加 算)			円× 回＝ 円																																									
	往 療 料			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	訪問 1 ㊟	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											
通所	〇 訪問 2 ㊞	〃		〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃												
往療	◎ 訪問 3 ㊟	〃		〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃	〃												
○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ())																																													

施 術 証 明 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														〒				一													
	免許登録番号 はり 師 住 所																															
免許登録番号 きゅう 師 氏 名 電話																																

申 請 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 申請者 住 所 埼玉県医師会健康保険組合理事長 殿 (被保険者) 氏 名 電話																															

支 払 機 関 欄	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は ☒ 。利用しない場合は下記の欄を記入。下記に記入があった場合は下記優先)																															
	預金の種類						普通 ・ 当座						金融機関名										銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所									
	口 座 名 義 カタカナで記入												口 座 番 号																			

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																	

<記入にあたっての注意事項>

- ・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「施術証明書欄」) 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を記入してください。
- ・「同意記録」は、同意書の原本を貼付する場合、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、当該に基づく支給可能期間内の場合は、当該同一に係る内容を「同意記録」に記入してください。

<提出の流れ> 本人→健康保険組合 (※任意継続の場合も、直接、健保組合へ提出してください。)

※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。

<その他添付書類 (該当する場合) >

☐ 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