# 健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書（　年　月分）（はり・きゅう償還）

| 被保険者欄 | 被保険者証の記号ー番号 | 発病又は負傷年月日 | 傷病名 |
|---|---|---|---|
| | ― | 年　月　日 | |

| 療養を受けた者の　氏名・生年月日 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)<br>男・女<br>昭・平・令　年　月　日生 | 続　柄 | 発症又は負傷の原因及びその経過 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | 年　齢 | 業務上・外、第三者行為の有無　. 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） |

| 施術内容欄 | 初療年月日 | 施術期間 | 実日数 | 請求区分 |
|---|---|---|---|---|
| | 年　月　日 | 年　月　日～　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

摘　要

| 施術料 はり・きゅう | 施術の種類 | 1術　回 | 2術　回 |
|---|---|---|---|
| | 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 | |
| | | | |
| 一部負担金（1割・2割・3割） | | 円 | |
| 費用額計 | | 円 | |

| 施術日 | 訪問1① 通所○ 訪問2② 往療◎ 訪問3③ | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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。

年　月　日

免許登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿　はり師

免許登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿　きゅう師

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

住所　電話

施術所名　氏名

**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 | | |

**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。

年　月　日

大阪装粧健康保険組合理事長　様

申請者（被保険者）　〒　ー　住所　氏名　電話

**振込口座**

| 金融機関名 | 支店名 | 店番号 | 預金種別 | 口座番号 | 口座名義 |
|---|---|---|---|---|---|
| (フリガナ)<br>銀行・農協<br>金庫・組合 | (フリガナ)<br>本店<br>支店 | | 普　通<br>その他（　） | | (フリガナ) |

給付金に関する受領を代理人に委任する（被保険者（申請者）名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

**ただし、代理人は被保険者（申請者）の被扶養者に限ります。施術者及びその関係する法人等への委任はできません。**

**委任欄**

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

〒　ー　年　月　日

被保険者（申請者）　住所　氏名

**代理人**

被保険者（申請者）との関係　（　）

〒　ー

住所

電話　（　）

氏名

**1. 各施術日ごとに支払った費用の「領収書の原本」を添付してください。**
**領収書には、受療者氏名、受療日、施術者氏名、施術費用、但し書き（例：はり・きゅう施術代）の記載**
**給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に署名してください。**
**2. 初回申請される場合は、保険医から交付される「同意書（はり・きゅう用）」を添付してください。**
**注：再同意について、初回同意日から6ヶ月を超えて引き続きはり・きゅうを受けようとする場合は、再度、保険医から交付を受けた「同意書（はり・きゅう用）」を添付してください。**
**3. 該当する場合のみ「施術報告書（写）」・「往療状況確認表」・「1年以上・月16回以上施術継続理由・状況記入書」の添付が必要です。**
**◎内容審査等を経て支給の可否を決定しますので支給時期は施術月から数ヶ月後となります。**

受付年月日