

健康保険被扶養者療養費支給申請書 (令和 年 月分)

はり・きゅう用

被 保 険 者 欄	被保険者 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)
	—	昭・平・令 年 月 日	
	(ワカチ)	続 柄	発症又は負傷の原因及びその経過
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	男・女 昭・平・令 年 月 日生	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 術 内 容 欄	初療年月日	施 術 期 間	実日数	請 求 区 分
	平・令 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		円	摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合記入
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用			施術者氏名 _____
	施 術 料		円 × 回 = 円	施術日
	はり		円 × 回 = 円	
	きゅう		円 × 回 = 円	
	はり・きゅう併用		円 × 回 = 円	※往療を必要とした場合に記入
	電療料		円 × 回 = 円	往療日
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具				
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		
施術日 通院○ 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 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。 令和 年 月 日	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
	はり師免許登録番号 _____	所在地	
	きゅう師免許登録番号 _____	施術所名	
		施術者名	☎ 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	被保険者 住 所	
	静岡県中部機械工業健康保険組合理事長 殿	氏 名	電 話

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		

受 領 委 任 の 欄	本申請に基づく給付金の受領を 事業所名称 _____	受付日付印
	氏 名 _____ に委任します。	
	令和 年 月 日 被保険者(委任者) _____	

<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「施術証明欄」)は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・ 「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、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

<提出の流れ> 本人 → 事業所 → 健康保険組合 (※任意継続の場合は、直接 健康保険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

静岡県中部機械工業健康保険組合