

## 記入見本

被保険者  
被扶養者

## 療養費支給申請書（はり・きゅう用）

|                                          |                                                                                 |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---|----------|-------------------------------|---------------|--------------|-------|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| 被保険者の記入欄                                 | 被保険者証の<br>記号・番号                                                                 | 1010                                                                   | - | 1234     | 被保険者氏名                        | 健保 太郎         |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                          | 受療者氏名<br>(生年月日)                                                                 | 健保 花子                                                                  |   |          | ( S40年6月20日生)                 | 発病又は<br>負傷年月日 | R5 年11 月20 日 |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                          | 傷病の原因<br>及びその経過                                                                 | 原因や経過をわかる範囲で記入。                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                          | 第三者行為に<br>よる傷病ですか                                                               | <input type="checkbox"/> はい<br><input checked="" type="checkbox"/> いいえ |   |          | →「はい」の場合は「第三者行為<br>による傷病届」を提出 |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 日本触媒健康保険組合理事長 殿                          | 請求者住所                                                                           | 大阪市北区〇〇                                                                |   |          | 氏 名                           | 健保 太郎         |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                          | 氏 名                                                                             | 健保 太郎                                                                  |   |          | 電話番号                          | 06-XXXX-XXXX  |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                          | 電話番号                                                                            | 06-XXXX-XXXX                                                           |   |          | 退職後の請求者のみ記入<br>在職中は不要（給与振込み）  | 支店            |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                          | 普通 ・ 当座                                                                         | 口座番号                                                                   |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 施術者（はり師・きゅう師）記入欄                         | 初療年月日                                                                           | 年 月 日                                                                  |   |          | 施術期間                          | 年 月 日 ～ 年 月 日 |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                          | 実日数                                                                             | 日                                                                      |   |          | 請求区分                          | 新規・継続         |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                          | 転 帰                                                                             | 継続・治癒・中止・転医                                                            |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                          | 傷病名                                                                             | 1.神経痛(部位: ) 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                       |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                          | 初検料 (1.はり 2.きゅう 3.はり、きゅう併用)                                                     | 円                                                                      |   |          | 摘 要                           |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                          | はり・きゅう                                                                          |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                          | 通所                                                                              |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                          | 訪問施術料 1                                                                         |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                          | 訪問施術料 2                                                                         |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                          | 訪問施術料 3 (3人～9人)                                                                 |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 訪問施術料 3 (10人以上)                          |                                                                                 |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 電療料(加算/1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器)            |                                                                                 |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 特別地域(加算)                                 |                                                                                 |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 往療料                                      |                                                                                 |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月 )                    |                                                                                 |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 合 計                                      |                                                                                 |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 一部負担金 ( 1割 ・ 2割 ・ 3割 )                   |                                                                                 |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 請 求 額                                    |                                                                                 |                                                                        |   | 円        |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 施術日                                      | 訪1①                                                                             | 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2②                                                                             |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 往療◎                                      | 訪3③                                                                             | 月                                                                      |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 〇往療又は訪問の理由 (1.独歩による公共交通機関での外出困難 2.認知症などに |                                                                                 |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 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                                                         |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 住所(所在地)                                  | 年 月 日                                                                           |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 施術所名                                     | 氏 名                                                                             |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 免許登録番号                                   | はり師                                                                             |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 免許登録番号                                   | きゅう師                                                                            |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 電話番号                                     |                                                                                 |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 同意記録                                     | 同意医師の氏名                                                                         | 同意医師の住所                                                                |   |          | 同意年月日                         | 傷病名           |              | 要加療期間 |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 梅田クリニック 協会 太郎                            | 同意書を発行した医師について記入                                                                |                                                                        |   | R5年12月5日 | 下肢神経痛                         |               | 約2ヶ月         |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 事業主証明欄                                   | この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。                  |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 年 月 日                                    | 事業所所在地                                                                          |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 受 任 者                                    | 事業所名称                                                                           |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                          | 事業主名                                                                            |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 在職中の請求⇒事業所へ提出                            |                                                                                 |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 退職後の請求⇒直接健保へ提出                           |                                                                                 |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 健保記入欄                                    | 資格取得                                                                            | 資格喪失                                                                   |   |          | 支給決定                          |               |              | 備考    |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 年 月 日                                    | 年 月 日                                                                           |                                                                        |   | 年 月 日    |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 支給決定金額                                   | 円                                                                               |                                                                        |   | 常務理事     | 事務長                           | 係             |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 注意                                       | ●暦月ごとにこの申請書を記入してください。 ●施術の領収書は原本を添付してください。                                      |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 事項                                       | ●施術報告書交付料欄に記載の場合は、施術者が発行した当該書類の写しを添付してください。                                     |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                          | ●初めて施術を受け申請する場合、また前回の同意より6か月を超えて引き続き施術を受ける場合、保険医の診察を受けた上で交付された同意書(文書)を添付してください。 |                                                                        |   |          |                               |               |              |       |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |