

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		

支給支払決議書			
理事長	常務理事	事務長	担当者

支給期間	自	
	至	

このページはご自身でご記入ください。
(1ヵ月単位で申請)

被保険者 療養費支給申請書 (はり、きゅう用)
被扶養者

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	記号 1010	②被保険者の氏名 健保 太郎	
		番号 5432	生年月日 昭和・平成 ○年○月○日	
	③ 被保険者の現住所	〒○○○-○○○○ 電話 ○○○(○○○)○○○○ 名古屋市○○区○○町 ○丁目○番地		
	④ 事業所名称	株式会社 ○○○○		
	⑤ 被扶養者が施術を受けた場合は、下の欄に氏名、生年月日、続柄を記入してください。			
	氏名	生年月日	昭和・平成 令和	年 月 日 被保険者との続柄
	⑥ 傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)	<input checked="" type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> リウマチ <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()		
	⑦ 発病または負傷年月日	令和 ○年○月○日		
	⑧ 発病・負傷の原因および経過	令和○年○月頃より、右大腿部に痛みが発生。○○病院にて坐骨神経痛との診断を受け治療開始。その後も痛みが消えず、医師の同意を得て○年○月よりはり治療を開始。施術により一時的に痛みは和らぐが現在も続いている。		
	⑨ 第三者によるものですか	はい ・ いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。		
⑩ 業務中に発生したものですか	はい ・ いいえ			
⑪ 施術を受けた施術所	名称	○○鍼灸院		
	所在地	名古屋市△△区△△町 △丁目△番地		
⑫ 施術を受けた日 (○をつけて下さい)	年 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 【 日間】		
		※暦月単位で1月につき1枚の申請が必要となります。		
⑬ 再同意方法 (同意書がない場合)	チェック	<input checked="" type="checkbox"/> 受療者	・電話(月 日) ※日付記入	
		<input type="checkbox"/> 家族	・診察日に口頭(○月○日)で同意を得た。	
	<input type="checkbox"/> はり師	・電話(月 日) ※日付記入		
	<input type="checkbox"/> きゅう師	・文書(月 日)で同意を得た。		
※ 同意医師へ確認させていただく場合もありますので、正確にご記入ください。				

記に金入金額のし任を受領するさと事さき業いに所	本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。	
	令和 ○年○月○日	
	被保険者(請求者)氏名	健保 太郎
	委任された者の事業所名称	(各事業所の健康保険担当部署に記入をご依頼ください)
	委任された者の事業所所在地 受任者氏名	_____

施術内容証明書 (はり、きゅう用)

(令和 年 月分)

このページは施術を受けた施術所に記入してもらってください。

① 被保険者の 記号・番号	記号													本人																		
	番号													家族																		
初療年月日		施術期間												実日数	請求区分																	
年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日												日	新規・継続																	
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()												転帰																			
	継続・治癒 中止・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												適用																			
	※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____																															
③ 施術内容欄	施 術 料	1. はり		円 × 回 =		円		施術日 日																								
		2. きゅう		円 × 回 =		円																										
		3. はり、きゅう併用		円 × 回 =		円																										
		電療料		円 × 回 =		円		※往療を必要とした場合に記入 往療日 日 往療を必要とした理由 _____																								
		1. 電気針 2. 電気温灸器		円 × 回 =		円																										
		3. 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																												
合 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
④ 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																															
	はり師、きゅう師																施設の所在地															
	はり師 免許登録番号 ()																氏 名 電 話 _____															
⑤ 同意記録	同意医師名		住 所		同意年月日		傷 病 名		要加療期間																							
					年 月 日																											
	再同意医師名		住 所		同意年月日		傷 病 名		要加療期間																							
					年 月 日																											

【添付書類】 ◎領収書(原本) ◎医師の同意書(原本) ◎施術報告書の写し(再同意時)
 ◎往療状況確認票(往療時) ◎1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書(該当時)
 (医師の同意書は、初療日または医師の同意日から6カ月の施術に対して有効となります。
 有効期限後の施術分には、医師の再同意書を添付してください。)

【注意事項】 慢性病であって医師による適当な治療手段のないものが対象です。
 (本人からの施術希望、医療機関で治療中の傷病等は支給対象にはなりません。)