

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (はり・きゅう用)

下記のとおり請求します。

被 保 険 者 記 入 欄	令和 年 月分 (暦月ごと)													
	健康保険被保険者証 記号-番号		—		氏 名		印							
	住 所		〒 () TEL ()											
	所属部署		TEL ()											
	家族に関する 申請のとき		家族 氏名		生年 月 日		年 月 日		続 柄					
	傷 病 名 (医師の同意を 受けた傷病名)						発病又は 負傷年月日		令和 年 月 日 午前・午後 時頃					
	発病又は 負傷の原因 (具体的に)		業務上の負傷ですか。(はい・いいえ) 第三者の行為によるものですか。(はい・いいえ)											
	同意医師の 氏名				同意 年月日		令和 年 月 日		要加療 期間					
	住所						傷病名							
	振込 希望 口座		金融機関名		本・支店名		口座番号		被保険者名義 (カタカナ)					
		銀行 金庫 ()		本店 支店 ()		(普)								
はり師・きゅう師 記入欄														
施 術 内 容 欄	初療年月日				施術期間				実日数		請求区分		転帰	
	令和 年 月 日				令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				日		新規・継続		治癒・中止	
	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 ()										摘要	
	初検料		1. はり 2. きゅう 3. はりきゅう併用						円					
	施 術 料	はり						円 ×		回 =		円		
		きゅう						円 ×		回 =		円		
		はり・きゅう併用						円 ×		回 =		円		
		電療料 1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具						円 ×		回 =		円		
	往診料 4kmまで						円 ×		回 =		円			
	往診料 4km 超						円 ×		回 =		円			
	施術報告書交付料		(前回支給: 年 月分)						円					
	費 用 額 計						円							
	月 施術日: 通院○ 往療◎													
	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 書	保健所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地						上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。 令和 年 月 日						
施術者登録番号 はり師 免許登録番号						所在地 施術所名 氏名 印								
きゅう師 免許登録番号						TEL () -								

【注意事項】

記入・添付書類については裏面をご確認ください。

受付印

支給決定欄	給付対象額	円	常務理事	事務長	担当	担当
	支給決定額	円				

【注意事項】

- ① この請求書は、暦月を単位として作成してください。
- ② 「同意記録」の「要加療期間」は、医師の指示があったときのみご記入ください。指示がない場合は記入の必要はありません。

【添付する書類】

- ① **領収書**（原本）
全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるもの。レシート不可。
- ② **医師の同意書**
 - ・ 初めて施術を受けるとき、及び初めて施術を受けた日から6か月を経過して更に施術を受けるときは、医師の診察のうえ同意書の交付を受ける必要があります。
 - ・ 同意書の交付を受けた月は、同意書の原本を添付し、同意書の交付がない月も、必ず毎回「写し」を添付してください。
 - ・ 同意書の有効期間

同意日	同意書の有効期間
1日から15日	同意月の5ヵ月後の末日まで
16日から月末	同意月の6ヵ月後の末日まで

- ③ **施術報告書**（写し）
施術者の施術報告書交付料の算定が行われている場合は、施術者が発行した当該書類の写しを確認のため添付してください。
- ④ **往療状況確認書**
往療（歩行困難等の理由により自宅等に施術者が赴くこと）による施術を受けた場合には、施術者へ「往療状況確認書」の記入を受け申請書に添付してください。
- ⑤ **1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書**
初療の日から1年以上経過していて、かつ、1ヵ月間の施術を受けた回数が16回以上の場合には、施術者へ「1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書」の記入を受け申請書に添付してください。

【問合わせ先】

ネクステージグループ健康保険組合
〒461-0005 愛知県名古屋市東区東桜1-10-35 セントラル野田ビル702
Tel (052)951-4907

- 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバー（個人番号）により申請することも可能です。その場合は、次の備考欄へマイナンバーを記載していただくとともに、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄	
-----	--