

## 健康保険 療養費支給申請書

(被保険者・被扶養者)

はり・きゅう

関西テレビ放送健康保健組合 理事長殿

下記のとおり、申請します。

## 【被保険者の記入欄】

記入日 年 月 日

|                       |              |              |                          |         |       |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------------------|---------|-------|
| 記号・番号                 | -            | 事業所名         | 所属部署名                    |         |       |
| 被保険者氏名                |              |              | 被保険者の生年月日                | 年       | 月 日   |
| 被保険者住所                | (〒 )         |              |                          | (電話番号 ) |       |
| 療養を受けた者の氏名            | 被保険者との続柄 ( ) | 療養を受けた者の生年月日 | 令和                       | 年       | 月 日   |
| 傷病名<br>(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 |
| 発症又は負傷の原因及びその経過       |              |              | 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 |         |       |

## 【はり師・きゅう師の記入欄】

| 施<br>術<br>内<br>容<br>欄 | 初療年月日   | 施術期間   |          | 実日数     | 請求区分                                    |            |  |  |  |  |
|-----------------------|---|--|----------|---------|---|------------|--|--|--|--|
|                       | 年 月 日   | 自: 年 月 日   | 至: 年 月 日 | 日       | 新規・継続                                   |            |  |  |  |  |
| 傷病名                   | 1.神経痛(部位: ) 2.リウマチ 3.頸腕症候群(部位: )<br>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<br>術<br>料           | はり  | 円×   | 回=       | 円       | ※ 施術管理者以外が施術した場合に記入<br>施術者氏名<br>. . . 日 |            |  |  |  |  |
|                       | 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<br>. . . 日              |            |  |  |  |  |
|                       | 電療料: 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具  | 円×   | 回=       | 円       |   |            |  |  |  |  |
| 往療料                   | 4kmまで   |  | 円×       | 回=      | 円                                       | 往療を必要とした理由 |  |  |  |  |
| 往療料                   | 4km超  |  | 円×       | 回=      | 円                                       |            |  |  |  |  |
| 費用額計                  |   |  |          | 円       |   |            |  |  |  |  |
| 施術日                   | 年 月   | ※ 通院には○、往療には◎<br>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<br>術<br>証<br>明<br>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                   |            |  |  |  |  |
|                       | 所在地   |  |          |         |   |            |  |  |  |  |
|                       | はり師免許登録番号   |  | 施術所名     |         | ⑩ 電話                                    |            |  |  |  |  |
| きゅう師免許登録番号            |   | 施術管理者名   |          |         |   |            |  |  |  |  |
| 同<br>意<br>記<br>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    |         |   |            |  |  |  |  |

## 【添付書類】

- 「施術に要した費用の領収書」原本 (自費診療とわかるもの、宛名は療養を受けた者の氏名、領収印があるもの)
- 初回申請時「医師の同意書」原本 (同意内容について医師に照会することがあります。)
- 初療の日から6ヶ月を過ぎ、さらに施術を受けるときは、「医師の同意書」原本を添付する。
- 施術報告書(写し) ○往療状況確認表
- 1年以上・月16回以上施術を継続している場合は、「施術継続理由・状況記入書」の提出も必要になります。
- ※ 暦月ごとに、この申請書を記入してください。
- ※ 記載した数字等を訂正する場合、訂正箇所には二重線を引き、訂正印を押印すること。

受付年月日