

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	801-9999	事業所名	関西テレビ放送	所属部署名	〇〇部
被保険者氏名	関西 八郎		被保険者の生年月日	〇年 〇月 〇〇日	
被保険者住所	(〒 530-8000) 大阪市北区〇〇町2丁目〇番〇号 (電話番号 06-〇〇〇〇-〇〇〇〇)				
療養を受けた者の氏名	関西 太郎	被保険者との続柄 (長男)	療養を受けた者の生年月日	令和 〇年 〇月 〇〇日	
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 〇年 〇月 〇〇日	
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		
(いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)			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】

施術内容欄	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：) 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 術 料	はり	円× 回=	円	※ 施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 施術日 . . . 日 ※ 往療を必要とした場合に記入 施術日 . . . 日 往療を必要とした理由										
		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 療 料	4 k mまで		円× 回=	円										
	往 療 料	4 k m超		円× 回=	円										
費 用 額 計			円												
施術日	年 月	※ 通院には○、往療には◎ 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。	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
令和 年 月 日	所在地		
はり師免許登録番号	施術所名		
きゅう師免許登録番号	施術管理者名	Ⓜ 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
		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。

関西テレビ放送健康保健組合

受付年月日