

SAMPLE

療養費支給申請書（令和〇年〇月分）（はり・きゅう用）

機関コード

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|---|----------------|---|--------|-----------------|-------------|-------------------------|--------------|--|------------------|--|
| 公費負担者番号 | 公費受給者番号 | 区市町村番号 | 受給者番号 | 特記事項 | 1 社国 3 後高 2 公費 4 退職 6 家外 0 高外7 | 2 本外 8 高外一 4 六外 0 高外7 | 給付割合 8 9 10 | | | | | | | | | |
| | | | | 種類 | 05 鍼灸 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 保険者番号 | | | | | | | | | | | | |
| Health Insurance Symbol/Number <input type="checkbox"/> 保険料支払日 <input type="checkbox"/> 留守 3 3 ○ × - 1 1 × × × × 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | | | | ① 発病又は負傷年月日 | ② 傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過 腰痛症、××年の事故により歩行が困難 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者欄 | <input type="checkbox"/> 療養を受けた者の氏名 <input type="checkbox"/> Name(katakana) ○村 ○子 | | | (フリガナ) マルムラ マリ Gender:Male/Female | 続柄 | <input type="checkbox"/> 業務上・外、第三者行為の有無 (1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()) | | | | | | | | | | |
| | | | | 男 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 女 | Relationship | <input type="checkbox"/> 施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合記載) | | | | | | | | | | |
| Birth Date <input type="checkbox"/> 昭 平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日生 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日 | | | 日 | 新規・継続 | | | | | | | | | |
| | 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 () | | | | 転帰 | | | | | | | | | |
| | 初検料 (1はり 2きゅう 3はりきゅう併用) | | | | | 円 | 継続・治癒・中止・転医 | | | | | | | | | |
| | 施術料 | はり・きゅう | | 施術の種類 | 1術 回 | 2術 回 | | 摘要 | | | | | | | | |
| | | 通所 | | 円 × | 回 = | 円 | | | | | | | | | | |
| | | 訪問施術料 1 | | 円 × | 回 = | 円 | | | | | | | | | | |
| | | 訪問施術料 2 | | 円 × | 回 = | 円 | | | | | | | | | | |
| | | 訪問施術料 3 (3人～9人) | | 円 × | 回 = | 円 | | | | | | | | | | |
| | | 訪問施術料 3 (10人以上) | | 円 × | 回 = | 円 | | | | | | | | | | |
| | 電療料 (加算 / 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器) | | 円 | | 円 | | | | | | | | | | | |
| | 特別地域 (加算) | | 円 | | 円 | | | | | | | | | | | |
| | 往療料 | | 円 | | 円 | | | | | | | | | | | |
| | 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月 分) | | 円 × | 回 = | 円 | | | | | | | | | | | |
| | 合計 | | 円 | | 円 | | | | | | | | | | | |
| 一部負担金 (1割・2割・3割) | | 円 | | 円 | | | | | | | | | | | | |
| 請求額 | | 円 | | 円 | | | | | | | | | | | | |
| 施術日 | 訪問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② | 訪問2② | 月 | 往療③ | 訪問3③ | 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 | | | | | | | | |
| ○往療又は訪問の理由 (1. 狹歩による公共交通機関を使っての外出困難 2. 間知症や視覚、内部、精神障害などにより狭歩による外出困難 3. その他 ()) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | 施術所 | | 所在地 | | | | |
| 登録記号番号 | | | | | | | | | | 施術管理者 | | 名称 | | | | |
| | | | | | | | | | | 氏名 | | 電話 | | | | |
| ⑥ 上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date | 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | | | | | | | | | | Address | | 〒 ○○○ - ○○○○ | | | |
| health-insurance benefit payee 係健康保険組合理事長 殿 | | | | | | | | | | 申請者 (被保険者) | | 住所 ○○市○○町○-○-○ | | | Telephone number | |
| 支払機関欄 | 支払区分 1. 振込 2. 銀行送金 3. 当地払 | | 預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 | | 金融機関名 | | Bank | 銀行 金庫 農協 | Branch | 本店 支店 出張所 | 電話 ○○○-○○○○ | | | | | |
| Account holder's name カタカナで記入 | | Account holder's name マルムラ マルロウ | | Account number | | ○○ | | | | 郵便局 | | | | | | |
| Consent records 意医師の氏名 | | 住 所 | | | | 同 意 年 月 日 | | 傷 病 名 | | 要加療期間 | | | | | | |
| 意記録 | △△ △△ △△市△△町△-△-△ | | | | 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | | 腰痛症 | | 6ヶ月 | | | | | | | |
| Consenting doctors name | | Address | | Date of consent | | | | Name of illness or injury | | Period | | | | | | |
| 施術管理者へ記入を依頼してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |

⑦. 「支払期間欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。

- ・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
- ・当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

- ① Date of Illness or Injury
- ② Name of Illness or Injury / Cause of Illness or Injury (where, how)
- ③ The name of the person who received medical treatment
- ④ Circle a response to indicate whether the issue is job-related or related to a third-party act.
 - 1. Job-related
 - 2. Third-party act
 - 3. Other
- ⑤ Place of treatment (Enter in the case where the address is different from the address of the insurance card, such as the facility to live in or the exception of address.)
- ⑥ Name of Insured Person
 - * Please read the information and then sign.
- ⑦
 - Ask the medical treatment manager to fill out the medical treatment detail field and medical treatment certification field.
 - For the payment organization field, enter the account under the name of the insured person.
 - If attaching the original consent form, it is not necessary to fill out the consent record. However, if you are attaching the original consent form for an application covering the previous month or earlier and the period during which payment is possible based on this consent form is still ongoing, please fill out the consent form details on the consent record.
 - When submitting the application, be sure to attach the receipt (original) indicating the costs necessary for the medical treatment.