

Health Insurance Card Symbol/Number

SAMPLE

療養費支給申請書 (令和〇年〇月分) (はり・きゅう用)

9割

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号		① ○発病又は負傷年月日		② ○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)	
	33〇× - 111××××		令和〇年〇月〇日		腰痛症	
	③ 施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ) マルムラ マルコ		続 柄	○発症又は負傷の原因及びその経過 ④	
		〇村 〇子 Name(katakana)		男 ・ 女	××年の事故により歩行が困難	
Birth Date		昭和〇年〇月〇日生		Relationship		
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 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩		転 帰	
			5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()		継続・治癒・中止・転医	
	初 検 料				円	摘 要
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用					※施術管理者以外が施術した場合に記入
	施 術 料	はり	円 × 回 =		円	施術者氏名
		きゅう	円 × 回 =		円	施術日 . . . 日
		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
	1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具					往療日 . . . 日
	往 療 料		円 × 回 =		円	往療を必要とした理由
往 療 料						
施術報告書交付料 (前回)						
費 用						
一 部 負 担 金				円		
請 求 金 額				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		
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	
	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	
申 請 欄	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。		Address		Name and Seal	
	令和〇年〇月〇日		〒〇〇〇 - 〇〇〇		〇〇市〇〇町〇-〇-〇	
Health-insurance benefit payee		被保険者 (請求者)		氏 名 〇村 〇郎		Telephone Number
		野上善夫健康保険組合理事長 殿		電話 〇〇〇〇-〇〇〇〇		
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関名 Bank	Branch
	1. 振 込 2. 銀行送金		1. 普通 2. 当座		〇〇 銀行	本店
	3. 郵便局送金 4. 当地払		3. 通知 4. 別段		〇〇 金庫	支店
					〇〇 農協	出張所
口座名義 カタカナで記入		マルムラ マルロウ		Account holder's name(In katakana)		郵便局
Consent record		の 氏 名		住 所		同意年月日
意 記 録		/ △△ △△		△△市△△町△-△-△		令和〇年〇月〇日
		Consenting doctor's name		Date of consent		Name of Illness or Injury
						腰痛症
						6ヶ月
						Period during

※裏面に記入にあたっての注意事項があります。
確認の上ご記入ください。* Notes on filling out the form are provided on the back.
Please check them before filling out the form.

<記入にあたっての注意事項> ⑦

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「支払機関欄」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。

<その他添付書類（該当する場合）> ⑧

- ☐ 医師の同意書（原本） ☐ 施術報告書（写し） ☐ 往療状況確認表
☐ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

- ① Date of Illness or Injury
- ② Name of Illness or Injury
- ③ The name of the person who received medical treatment
- ④ Cause of Illness or Injury (where, how)
- ⑤ 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
- ⑥ Name of Insured Person and Seal or Signature
* Please read the information and then sign.
- ⑦ Notes on filling out the form
 - ・ Create the application based on calendar months.
 - ・ Ask the medical treatment manager to fill out the portion between the double lines (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.
- ⑧ Other documents to attach (if applicable)
 - ☐ Doctor's consent form (original) ☐ Medical treatment report (copy) ☐ Outpatient status confirmation table
 - ☐ The form indicating the reasons for and the status of medical treatment continuously provided for at least one year or at least 16 times per month