

療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号						○発病又は負傷年月日			○傷病名（医師の同意を受けた傷病名）		
	年 月 日						年 月 日					
	(フリガナ)						続 柄			○発症又は負傷の原因及びその経過		
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名						男・女			1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()		
年 月 日生									○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			

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				円 × 回 = 円	施術者氏名 _____			
	はり					施術日 . . . 日			
	きゅう				円 × 回 = 円				
	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		4 km まで		円 × 回 = 円	往療を必要とした理由				
往 療 料		4 km 超		円 × 回 = 円					
施術報告書交付料（前回支給： 年 月分）				円 × 回 = 円					
費 用 額 計				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 印 電話		

申 請 欄	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。					
	年 月 日		〒 -			
デサント健康保険組合理事長 殿			被保険者 住 所			
			(請求者) 氏 名			
			電 話			

支 払 機 関 欄	普通預金	金融機関名	銀行	本店
			金庫	支店
□ 座 名 義 カタカナで記入		□ 座 番 号		郵便局

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		

<記入にあたっての注意事項>

- ・ 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。

<提出の流れ>本人 → 健康保険組合
 ※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）>

□ 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