

療養費支給申請書(はり・きゅう用)

(令和 6 年 10 月施術分)

被保険者証の 記号番号	10-99999	被保険者名	健保 太郎			生年月日	昭・平・令 40年 10月 10日				
事業所名 (会社名)	〇〇〇〇株式会社	所属	〇▲〇▲〇▲〇 部・室・課			事業所連絡先	0587-23-6661 (内線 611 - 5112)				
被扶養者が施術を受けた場合は、下記に氏名・生年月日・続柄を記入してください。											
氏名	健保 花子			生年月日	昭・平・令 43年 10月 1日		被保険者との 続柄	妻			
傷病名	(医師に同意を受けた傷病名)				発病または負傷年月日	昭・平・令 6年 9月 20日					
発症又は負傷原因 とその経過	(いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)				施術した場所 (入居施設や住所地特例等、 保険証住所と異なる場合に記載)						
業務上の負傷ですか	はい・いいえ		通勤・退勤時の負傷ですか	はい・いいえ		交通事故による負傷ですか	はい・いいえ				
施術の期間 (支給期間:月単位)	令和 6年 10月 1日 ~ 6年 10月 15日			日数	3日		施術に要した費用の額 (月単位の額合計)	6,690 円			
振込先 指定 口座	金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	三菱UFJ			銀行	金庫・農協		名古屋営業部			本店・支店・出張所
	預金の種類	1 普通		2 当座	口座番号	8 8 8 8 8 8 8 8					
	口座名義	カタナカ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字として、左づめでご記入ください。 ケ ン ホ 〃 タ ロ ウ									
本紙(または添付)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。 豊田合成健康組合が医療機関等の関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、 また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。 〒492-8153 令和 6 年 10 月 15 日 住所 愛知県稲沢市井之口町中四反畑4500番地 被保険者氏名 健保 太郎 電話 0587-32-6661 (請求者氏名)											

鍼・灸 師 記 入 欄	初療年月日		施術期間		実日数	請求区分																												
	昭・平・令 年 月 日	自・令和 年 月 日	日	至・年 月 日	日	新規	継続																											
施 術 内 容	傷病名 1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 頸椎捻挫後遺症 6. 腰痛症 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																											
	施 術 料	はり	2. きゅう		施術の種類	1術 回	2術 回																											
		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.電気光線器具)				円×	回=	円																											
	特別地域(加算)				円×	回=	円																											
往 療 料	施術者記入欄						円																											
施術報告書交付料(前回支給:令和 年 月分)	施術者記入欄						円																											
費用額計								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○	訪問2②																																	
往療◎	訪問3③																																	
○往療又は訪問の理由(1. 徒歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 3. その他())																																		
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			〒																														
	免許登録番号			はり師			住所																											
免許登録番号			きゅう師			氏名	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																										
					令和 年 月 日																													

【添付書類】 1. 領収書(原本) 【※受診者がわかるもの ※領収印があるもの】

2. 医師(主治医)の同意書。再同意は、初療の日から6ヶ月が経過する毎に医師(主治医)の同意書(原本)

【注意事項】 1. 訪問施術料又は往療料を請求する場合は、訪問又は往療した日付、同一日同一建物への訪問かどうか、同一日同一建物への訪問の場合に訪問施術料を算定して

いるか否か、訪問又は往療が必要な理由並びに要介護度のわかる場合は、要介護度を摘要欄に記入してください。

2. 往療がある場合は、突発的に発生した往療を行った日、当該往療を必要とした理由、施術内容を記入する。

また、摘要欄に連携した医師の氏名及び保険医療機関名等を記入してください。

3. 慢性病であつて医師による適当な治療手段のないものが対象です。

4. 本人からの施術希望、同一疾病での医療機関・柔整・あんま・マッサージとの併給は支給対象になりません。

受付	入力	支払