

<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;"> <h1 style="margin: 0;">記入例</h1> </div>	年 月 日	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係
	年 月 日						
<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block; width: 80%;"> この部分には記入しないでください。 </div>							
<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block; width: 80%; color: red;"> はり・きゅう 償還払い用 </div>							
<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> 健康保険証を見て正確にご記入ください </div>							
<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> 該当する方に○を付けてください。 </div>							
給	施術料 (はり・きゅう・はりきゅう併用)	円 ×	回 =	円	年 月 日	削	年 月 日
	針・電気温灸器・電気光線器具)	円 ×	回 =	円			
	水まで・4K _m 超)	円 ×	回 =	円			
	材料	円 ×	回 =	円			

健康保険 被保険者療養費支給申請書 (はり・きゅう用)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	⑦ 被保険者証 記号・番号		① 生 年 月 日		⑧ 被保険者の (フリガナ)	
	1 2 3 — 4 5 6 7		昭和 平成 49年12月1日 令和		ホウドウ タロウ	
	療養が被扶養者に 関する時はその方の		④ 氏 名		④ 生年 昭和 平成 年 月 日 令和	
	⑤ 被保険者の (フリガナ)		カナガワケン 〇〇シ 〇〇チョウ		⑧ 被保険者 との続柄	
	住所		〒 △△△-△△△△ 神奈川県〇〇市〇〇町△△-△△-△△△		Tel △△△ (△△△) △△△△	
	② 事業所 の名称		(勤務先名称) 〇〇〇株式会社		⑦ 事業所 (勤務先住所) の所在地 東京都中央区〇〇 △-△△-△△△ 〇〇ビル	
	③ 傷病名		(医師が同意している傷病名) 例 神経痛		⑨ 療養開始日 平 令 △△年 6月 1日	
	⑥ 発病の原因及び経過		[発病日時・場所等] ※1~6は必ずご記入ください 平・令 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃		4. 発病の原因は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 交通事故 ・ <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場の行事 ・ <input type="checkbox"/> 職場の行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼い主 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない	
			1. 発病をした日は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 出勤日 ・ <input type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他 ()		5. 「上記4」にあてはまる場合、あなたは次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 被害者 ・ <input type="checkbox"/> 加害者 ・ <input type="checkbox"/> 相手無	
			2. 発病をした時間帯は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中 ・ <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 ・ <input type="checkbox"/> 退勤) <input type="checkbox"/> 出張中 ・ <input type="checkbox"/> 私用 ・ <input type="checkbox"/> その他 ()		6. 発病の状況・原因を具体的に記入してください。	
⑩ 施術を受けた		⑩ 名称 〇〇鍼灸治療院		⑩ 施術者氏名 〇〇 〇〇〇		
⑪ 施術所等		⑪ 所在地 東京都〇〇区〇〇町 △-△△-△				
⑫ 施術期間 (支給期間)		対象月 自 〇〇年 1月 10日 至 〇〇年 1月 20日		⑫ 施術日数 ⑬ 施術に要した費用の額		
		1 月		3 日 △. △△△ 円		
⑭ 施術の内容		はり、きゅう 他 (わかる範囲でご記入ください)		⑮ 療養の給付を受けることができなかった理由		
				償還払いのため		

令和 △△年 2月 20日 提出

※ 受付日付印

はり・きゅうの施術をうけた日です。

例えば、1/10、12、20に施術をうけた場合は、(自)令和〇〇年1月10日~(至)令和〇〇年1月20日の3日間となります。

領収書の金額をご記入ください

記入例

委任状	本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します		令和 △△ 年 2 月 20 日
	① 被保険者 (申請者)	住所	神奈川県○○市○○町△△-△△-△△△
		氏名	報道 太郎
	② 代理人	住所	東京都中央区○○ △-△△-△△△ ○○ビル ○○○ 株式会社 事業主(勤務先)記入
	氏名	代表取締役 ○○ ○○○	

【記入上の注意】

1. 標題の「被保険者」「被扶養者」の文字はいずれか該当する方をマルで囲んでください。
2. 1で「被保険者」にマルをされた方は ㊸㊹㊺ の欄に“該当せず”とご記入ください。
// 「被扶養者」にマルをされた方は ㊸㊹㊺ の欄に必ずご記入ください。
3. 任意継続被保険者の方は ㊻ の欄に“任意継続”とご記入ください。
4. ㊼「発病の原因及び経過」の欄を必ずご記入ください。
5. 「委任状」の欄は①の欄は被保険者(申請者)が、また②の欄は代理人(事業主)がご記入ください。

【注意事項】

1. 暦月ごとに申請してください。
2. はり・きゅうの施術期間中に同一傷病に対する療養費支給と、医療機関での保険診療の併用はできません。療養費の支給には、併給の確認のほか、内容確認・審査を経て支給決定を行いますので、施術月より、3ヶ月程度かかる場合がございます。予めご了承ください。
3. この申請様式は、令和2年1月施術分の手続きから使用できます。

【添付書類について】

1. 療養費支給申請書(施術者記入様式)
施術者に施術内容等の証明を受けてください。
2. 領収証(原本)
全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるものを受け取ってください。
3. 医師の施術同意書(原本)
初診日から6ヶ月を経過した時点で、更に施術を受ける場合は、再度、医師の診察のうえ施術同意(再同意)を受ける必要があります。また、同意期間内において2回目以降の請求については、施術同意書の添付省略または施術同意書(写し)の添付で差支えありません。
4. 施術報告書(写し)
施術者から施術を同意した医師への施術報告書が提出されたことによる「施術報告書交付料」の算定がされている場合は、施術者が発行した当該書類の写しを確認のため添付してください。