

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

(年 月 分)

【はり・きゅう用】

令和 年 月 日 提出

◆注意事項等は裏面をご覧ください。

被保険者記入欄

はり師・きゅう師（施術者）が記入するところ

①	被保険者資格の記号	番号	②	被保険者氏名 (フリガナ) (申請者氏名)																												
③	事業所名				④	被保険者の生年月日	昭和 平成	年 月 日																								
⑤	被保険者の現住所	〒 電話（日中の連絡先）（ ）																														
⑥	被扶養者が受けたときはその方の氏名				被保険者の続柄			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日																						
⑦	傷病名				⑧	発病または負傷年 月 日	年 月 日	⑨	業務上のものですか 第三者によるものですか	はい・いいえ はい・いいえ																						
⑩	施術した場所 (施設等に同居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載)					〒																										
⑪	発病または負傷の原因																															
⑫	振込口座	金融機関コード	金融機関名			1.銀行 2.信金 3.信組 4.農協			1.本店 2.支店 3.出張所																							
	口座名義 (カタカナ)				1.普通 2.当座	支店番号			口座番号																							
はり師・きゅう師（施術者）が記入するところ	初療年月日		施術期間										実日数		請求区分																	
	年 月 日		自：令 年 月 日 ～ 至：令 年 月 日										日		新規・継続																	
	傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頰腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他（ ）																														
	初検料		1. はり 2. きゅう 3. はりきゅう併用		円																											
	施 術 料	はり・きゅう		施術の種類		1術 回		2術 回																								
		通所		円 ×		回 =		円																								
		(月16回以降の施術に係る50%通減)		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		訪問 施 術 料 1		円 ×		回 =		円																								
		(月16回以降の施術に係る50%通減)		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		訪問 施 術 料 2		円 ×		回 =		円																								
		(月16回以降の施術に係る50%通減)		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		訪問 施 術 料 3 (3人～9人)		円 ×		回 =		円																								
		(月16回以降の施術に係る50%通減)		円 × 0.5 ×		回 =		円																								
		訪問 施 術 料 4 (10人～19人)		円 ×		回 =		円																								
	(月16回以降の施術に係る50%通減)		円 × 0.5 ×		回 =		円																									
	訪問 施 術 料 5 (20人以上)		円 ×		回 =		円																									
	(月16回以降の施術に係る50%通減)		円 × 0.5 ×		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																									
	(月16回以降の施術における加算に係る50%通減)		円 × 0.5 ×		回 =		円																									
	特 別 地 域 (加算)		円 ×		回 =		円																									
往 療 料		円 ×		回 =		円																										
施術報告書交付料(前回支給： 年 月分)		円 ×		回 =		円																										
明 細 書 発 行 加 算		円 ×		回 =		円																										
費 用 額 計						円																										
※集中率90%以上の施設入居者(80%通減対象)【該当の場合○】						円																										
施術日	訪問①	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
通院○	訪問②																															
	訪問③																															
往療◎	訪問④																															
	訪問⑤																															
○往療又は訪問の理由(1. 独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独歩による外出困難 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. 出張専門施術者所在地																			
	令和 年 月 日																															
同 意 記 録	はり師・きゅう師 住所												電話 ()																			
	(免許登録番号) 氏名																															
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																			

* 被保険者以外の方が受け取る場合には裏面の委任状が必要です。
* 当組合は、はり師・きゅう師への受領委任払いは行っておりません。(令和元年10月施術分より)

東京金属事業健康保険組合
受付日付印

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和 年 月 日		
		住 所	〒			
		氏 名	⑩			
	受領代理人	住 所	〒			
		氏 名	⑩			
		委任者と代理人との関係		電 話	()	

【注意事項】

- ◆ 申請書は暦月ごとに記入してください。
- ◆ 当該申請書を提出する際は、施術に要した費用(全額自己負担)の領収書(原本)を必ず添付してください。
- ◆ その他の以下の添付書類については、該当するときに申請書と併せてご提出ください。
 - 医師の同意書(原本) ・初めて施術を受け申請する場合、また引き続き施術を受け(再同意6ヵ月毎)申請する場合に添付してください。
同意書の交付には、医師の診察が必要です。
 - 施術報告書(写) ・施術者の施術報告書交付料の算定が行われている場合は、添付してください。
 - 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書
- ◆ 傷病の原因が第三者の行為によるものであるときは、別途「第三者行為による傷病届」が必要になります。
申請前に当健保組合業務部までお問い合わせください。
- ◆ ⑪は個人口座へ振込みを希望される場合は、被保険者(申請者)の口座について記入してください。なお、被保険者(申請者)以外の口座へ振込みを希望される場合は、裏面の委任状欄に記入をし、受領代理人の口座を記入してください。
- ◆ 往療・訪問による施術の場合は、施術者より「往療内訳表」の記入を受け添付をしてください。「往療内訳表」の添付ができない場合、摘要欄へ往療・訪問の起点と施術した場所の記入をお願いします。
- ◆ その他以下に該当する場合、摘要欄へその旨を併せて記入して下さい。
 - 同一日同一建物へ訪問しているが、訪問施術料を算定していない場合
 - 施術証明欄と実際の施術者が異なる場合
 - 要介護度が判明している場合

例)

起点: 施術院 → 施術した場所: 受診者自宅(または、□□□施設)

要介護度: 6 / 施術者: 金属 太郎

△△日につきましては、同一日同一建物へ訪問を行っていますが、訪問施術料は算定していません。