

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				○業務上・外、第三者行為の有無							
年 月 日生				()				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								摘 要				※施術管理者以外が施術した場合に記入			
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用				円				施術者氏名				_____			
	通所				円× 回= 円				施術日				. . . 日			
	訪問施術料 1				円× 回= 円											
	訪問施術料 2				円× 回= 円											
	訪問施術料 3 (3~9人)				円× 回= 円				※注療を必要とした場合に記入							
	訪問施術料 3 (10人以上)				円× 回= 円				往療日				. . . 日			
	電療料 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具				円× 回= 円				往療を必要とした理由							
	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											
合 計				円												
一 部 負 担 金 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)				円												
請 求 額				円												
施術日				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								
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				被保険者 住 所				氏 名				電話			
	デサント健康保険組合理事長 殿				(請求者)											
支 払 機 関 欄	普通預金				金融機関名				銀行 本店				支店			
	口座名義 カタカナで記入				口座番号								郵便局			
同 意 記 録	同意医師の氏名				住 所				同意年月日				傷 病 名			
									年 月 日				要加療期間			

<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

2024.10 改定

問い合わせ先 デサント健康保険組合 TEL. 06-6633-4214