

被保険者
家 族

療養費支給申請書 (はり、きゅう用)

年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	記号 番号	② 被保険者 氏 名 生 年 月 日	生年月日	昭・平・令 年 月 日	印
	③ 被保険者の 現 住 所	〒 ー 電話 ()				
	④ 事業所名称					
	⑤ 被扶養者が施術を受けた場合は、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。					
	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者 との続柄	
	⑥ 傷 病 名	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> 腰痛症	<input type="checkbox"/> 頰腕症候群 <input type="checkbox"/> 頰椎捻挫後遺症	<input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 五十肩	
	⑦ 発病又は 負傷年月日	年 月 日				
	⑧ 発病又は負傷 の原因 (詳細に記入)	い つ・・・				
		ど こ で・・・				
	⑨ 第三者によるものですか	はい ・ いいえ				
		「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。				
	⑩ 業務中に発生したものですか	はい ・ いいえ				
	⑪ 施術を受けた 施 術 所	名 称				
所在地						
⑫ 施 術 を 受 け た 日 (○を付けてください)	年 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 【 日間】				
	※ 暦月単位で1月につき1枚の申請が必要となります。					
⑬ 被 保 険 者 同 意 欄	療養を受けた医療機関等に愛鉄連健康保険組合が文書等により当申請内容を照会することに同意します。					
	被保険者氏名	㊦				
※ 同意医師へ確認させて頂くこともございますので、正確にご記入ください。						
(フリガナ) 払渡し希望 銀行の口座	銀 行 信用金庫	預 金 の 種 類	普通 当座	店番	口座名義人氏名 (被保険者)	
	本 店 支 店		貯蓄	口座 番号	フリガナ	氏名

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄に☑を入れてください。
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また事業主様
経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証の写し等)」が必要となります。)

備考欄

に委金 記任額 入すの る受 と領 こ ろきを	本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 年 月 日 被保険者(申請者) 氏 名 ㊦
	委任された者の 事業所名 住 所 氏 名 ㊦

施 術 内 容 証 明 書 (はり、きゅう用)

(年 月分)

は り 師 ・ き ょ う 師 記 入 欄	① 被保険者 の 記号・番号	記号 番号	② 受療者 の 氏 名	生年月日 昭・平・令 年 月 日	本人 家族	
	初療年月日		施 術 期 間		実日数	請求区分
	年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日		日	新規・継続
	傷病名	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> 頰腕症候群 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頰椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 ()				転 帰
						継続・治癒 中止・転医
	初検料	<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> はり(電気鍼併用) <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> きゅう(電気温灸器併用)		円		摘 要
		<input type="checkbox"/> はり、きゅう併用 <input type="checkbox"/> はり、きゅう併用(電気鍼併用・電気温灸器併用)		円		
	③ 施術内容欄 2回目以降	1. はり	円 ×	回 =	円	
		2. きゅう	円 ×	回 =	円	
		3. はり、きゅう併用	円 ×	回 =	円	
		電療料 1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具	円 ×	回 =	円	
		往療料 4km まで	円 ×	回 =	円	
		加算 4km 以上	円 ×	回 =	円	
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円 ×	回 =	円		
合 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				
④ 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。 年 月 日 施設の所在地 はり師、きゅう師 名称 氏 名 ㊦ 電 話					
	はり師 免許登録番号 () きゅう師 免許登録番号 ()					
⑤ 同意記録	同意医師氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要 加 療 期 間	
			年 月 日			
⑤ 同意記録	再同意医師氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要 加 療 期 間	
			年 月 日			

【添付書類】 ●領収書(原本) ●医師の同意書(原本) ●施術報告書(写し)
(初療日または医師の同意日から6か月の施術に対し有効となります。有効期限後の施術分には
医師の再同意書を添付してください。また、施術報告書を施術者から貰い受けた時その写しを
添付して下さい。)
【注意事項】 慢性病であって医師による適切な治療手段のないものが対象です。(本人からの施術希望、医療
機関で治療中の傷病等は支給対象になりません。)
(令和1年5月1日 改)