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		② 被保険者氏名 生年月日		
	番号			生年月日	昭・平　年　月　日
③ 被保険者の現住所	〒　－　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	□神経痛　□頚腕症候群　□リウマチ　□五十肩 □腰痛症　□頚椎捻挫後遺症　□その他（　）
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・・・ どのように・・・
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。

□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）
注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

フリガナ			普通	店番		口座名義人氏名（被保険者）
払渡し希望銀行の口座	銀行 信用金庫	本店 支店	当座	口座番号		フリガナ / 氏名
			貯蓄			

□　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	

金額の受領を委任するときに記入するところ

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・きゅう師記入欄

① 被保険者の記号・番号	記号		② 受療者の氏名	本人
	番号		生年月日 昭・平・令　年　月　日	家族

③ 施術内容欄

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	□神経痛　□頚腕症候群　□リウマチ　□五十肩 □腰痛症　□頚椎捻挫後遺症　□その他（　）	転帰 継続・治癒 中止・転医
初検料	□はり　□はり（電気鍼併用） □きゅう　□きゅう（電気温灸器併用） □はり、きゅう併用 □はり、きゅう併用（電気鍼併用・電気温灸器併用）	円　摘要

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		
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当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４年10月１日）