

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 の 記 号 ・ 番 号	記 号		②	被 保 険 者 氏 生 年 月 日	生年月日					昭・平 年 月 日					
			番 号				生年月日					昭・平 年 月 日					
	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	☐神経痛 ☐腰痛症 ☐頰腕症候群 ☐頰椎捻挫後遺症 ☐リウマチ ☐その他 () ☐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・・・														
			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 施術した場所（入居施設や住所地特例等、住所地と異なる場合に記載）居住地と異なる場合																	
⑬	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。															
⑭	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			当座	店番		フリガナ	
			口 座 番 号				
			貯蓄		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 る 受 と と 領 こ と 領 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 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	生年月日												昭・平・令 年 月 日					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 ☐ 頰腕症候群 ☐ リウマチ ☐ 五十肩												転 帰																
			☐ 腰痛症 ☐ 頰椎捻挫後遺症 ☐ その他 ()												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）												円																
			☐ 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）																												
		施術料	施術の種類						1 術 回						2 術 回						摘 要										
			通所						円 ×						回 =						円										
			訪問施術料 1						円 ×						回 =						円										
			訪問施術料 2（3人～9人）						円 ×						回 =						円										
			訪問施術料 3（10人以上）						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										
			特別地域						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													
施術日	月			通所 ○ 往療 ◎ 訪問 1 ① 訪問 2 ② 訪問 3 ③																											
	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
往療又は訪問の理由（ 1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難 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 ())																															
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ください。)

【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6年10月1日)