

# 健康保険被保険者療養費支給申請書

1 2

はり・きゅう用

被 保 険 者 情 報	被保険者証の (右づめ)	記号 [ ]	番号 [ ]	生年月日 元号 [ ] [ ] 年 [ ] [ ] 月 [ ] [ ] 日 [ ] [ ]	
	氏名・印	(フリガナ)		都道 府県	※押印省略不可
	住所	(〒 - )	( )		
	電話番号 (日中の連絡先)	( )			
療養費受給要件確認のため、健康保険組合が必要事項について調査することに	<input type="checkbox"/> 同意する		<input type="checkbox"/> 同意しない		

金額の受領を委任するときに記入	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 年 月 日		
		氏名・印	(印)	住所 「被保険者情報」の住所と同じ
	委任された者の 事業所名 (氏名)	(〒 - ) TEL ( )		
		住所		委任者と 代理人との 関係
		氏名・印	(印)	

※被保険者(請求者)本人への送金を希望される場合は、別途「保険給付金個人振込銀行口座指定届」の届出が必要となりますので、当健保組合までご連絡ください。

「被保険者記入欄」は2ページに続きます。>>>

※添付書類や支給要件等を、事前に名古屋木材健康保険組合ホームページでご確認のうえ申請してください。

- 添付書類
- ・領収書(原本)
  - ・施術内容証明書(別紙、施術内容証明欄(はり師・きゅう師記入欄)に記入のないときは添付必須)
  - ・医師の同意書(別紙、医師同意書欄(医療機関担当医師記入欄)に記入のないとき添付必須)
- ※初診日または医師の同意日から3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、医師の再同意が必要です。(パンフレットの「医師の同意の有効期限」をご参考ください。)

**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。)

被保険者のマイナンバー記載欄

※ 被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カードの写し等)」、「本人確認(運転免許証の写し等)」をするための添付書類が必要です。)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

(印)

受付日付印

# 健康保険 被保険者 療養費支給申請書

1 2  
はり・きゅう用

受療者情報	氏名	性別	続柄	生年月日
	(フリガナ)	男 女		元号 年 月 日
	療養を受けた方の			
	傷病名	発症又は負傷年月日		元号 年 月 日
業務上・外、第三者行為の有無		<input type="checkbox"/> 業務上	<input type="checkbox"/> 第三者行為	<input type="checkbox"/> その他
発症又は負傷の原因及びその経過、はり・きゅう受療の経緯				

施術内容証明欄 (※はり師・きゅう師記入欄) (記入又は添付)	初療年月日	年 月 日	請求区分	1. 新規 2. 継続	
	施術期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	実日数 日	
	傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸肩腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ( )		転帰 1. 継続 2. 治癒 3. 中止 4. 転医	
	初回	1. はり 2. はり(電気針併用) 3. きゅう 4. きゅう(電気温灸器併用) 5. はり、きゅう併用 6. はり、きゅう併用(電気針・電気温灸器併用)			円
	2回目以降	はり	円 ×	回 =	円
		はり(電気針併用)	円 ×	回 =	円
		きゅう	円 ×	回 =	円
		きゅう(電気温灸器併用)	円 ×	回 =	円
	往療料	はり・きゅう併用	円 ×	回 =	円
		はり・きゅう併用(電気針・電気温灸器併用)	円 ×	回 =	円
往療料	往療料 2kmまで 円 × 回 = 円 加算 ( Km ) 円 × 回 = 円	合計		円	
摘要					
施術日	【通院は○】で、【往療は◎】でそれぞれ表示してください。 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。(円 - ) 年 月 日 所在地 施術所名 氏名 (印) 免許登録番号 はり師 電話番号 ( ) 免許登録番号 きゅう師					

医師同意書 (記入又は添付)	患者氏名	生年月日	年 月 日	発病(初診)年月日	年 月 日
	傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸肩腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ( )		要加療期間	
	症状	※これまでの経過と見通し		往療の必要性について	1. 必要とする 2. 必要としない
	上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。 年 月 日 (円 - ) 所在地 保険医療機関名 氏名 (印) 電話番号 ( )				