

療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

被 保 険 者 欄	○被保険者等の記号－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										年 月 日																			
	(フリガナ)										続 柄										○発症又は負傷原因及びその経過																			
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名										男・女 1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他 ()										○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為 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									
	平成・令和 年 月 日										自・令和 年 月 日～至・令和 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 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()										日										新 規 ・ 継 続									
	初 検 料										円										日										新 規 ・ 継 続									
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用										円										日										新 規 ・ 継 続									
	はり・きゅう										施 術 の 種 類										1 術 回										2 術 回									
	通 所										円×										回＝										円									
	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人～9人)										円×										回＝										円									
	訪問施術料 3 (10人以上)										円×										回＝										円									
	電療料 (加算 / 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具)										円×										回＝										円									
	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									
費 用 額 計										円										日										新 規 ・ 継 続										
施 術 日										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										月										新 規 ・ 継 続										
訪問1①										訪問2②										訪問3③										新 規 ・ 継 続										
通所○										往療◎										新 規 ・ 継 続																				
○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 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 ())										新 規 ・ 継 続																														
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。										令和 年 月 日										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									
	はり師免許登録番号										きゅう師免許登録番号										所在地										施術所名									
	きゅう師免許登録番号										電話番号										施術管理者名										電話									
	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。										令和 年 月 日										被保険者 住所										氏名 電話									
申 請 欄	パッケージ工業健康保険組合理事長 殿										被保険者 (請求者)										住所										氏名 電話									
	支払区分										預金の種類										金融機関名										銀行 本店 支店 出張所									
支 払 機 関 欄	1. 振込 2. 当地払										1. 普通 2. 当座										金融機関名										銀行 本店 支店 出張所									
	口座名義 カタカナで記入										口座番号										金融機関名										銀行 本店 支店 出張所									
同 意 記 録	同意医師の氏名										住 所										同意年月日										傷 病 名									
	同意年月日										同意年月日										傷 病 名										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>被保険者 → 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