

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

申請者記入

○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		
施術を受けた者の氏名 (フリガナ)	続柄 1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()	○発症又は負傷の原因及びその経過 ○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他
昭・平 年 月 日生		

施術者記入

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
平成 年 月 日	自・平成 年 月 日～至・平成 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 ()			転帰 継続・治癒・中止・転医
初検料 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用		円	摘要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____
施 術 内 容	はり	円× 回= 円	施術日 . . . 日
施 術 料	きゅう	円× 回= 円	
	はり・きゅう併用	円× 回= 円	※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日
	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 4 km まで	円× 回= 円	往療を必要とした理由
	往療料 4 km 超	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	
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	

申請者記入

上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 平成 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 所在地 _____ 所在地 _____	所在地 _____ 所在地 _____ 所在地 _____
申請欄 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。 平成 年 月 日 被保険者 住所 〒 _____ セイコー健康保険組合理事長 殿 (請求者) 氏名 _____ 電話 _____		
振込先 <input checked="" type="checkbox"/> 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。※口座情報の反映には登録から数日を要します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 。 利用しない場合は下記の欄を記入して下さい。)		
銀行・労金・その他		普通・当座
口座番号		口座番号
支店	店番号	フリガナ 口座名義
同意医師の氏名	住所	同意年月日 平成 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、当該同意書に基づく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> 本人 → 事業所 → 健康保険組合 (※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください)
 ※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