

療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

被 保 険 者 欄	○被保険者等記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過	
			年 月 日			
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)		続 柄		○業務上・外、第三者行為の有無
男 ・ 女				(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他())		
		年 月 日生				○施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)

施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間		実日数	請求区分																																																																																																																										
	年 月 日		自 年 月 日 ~ 至 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				転 帰																																																																																																																									
			5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()				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 料	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																																																																																																																										
費用合計		円																																																																																																																														
施術日		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10px;">訪問1①</td> <td style="width: 10px;">1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> <tr> <td>通所○ 訪問2②</td> <td>月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>往療◎ 訪問3③</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																													訪問1①	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	通所○ 訪問2②	月																																往療◎ 訪問3③																																
訪問1①	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																																																																																																	
通所○ 訪問2②	月																																																																																																																															
往療◎ 訪問3③																																																																																																																																
		○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())																																																																																																																														

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。		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	
	年 月 日		T -			
	免許登録番号	_____	はり師	住所		
免許登録番号	_____	きゅう師	氏名	電話		

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。		T -	
	年 月 日			
京都中央信用金庫健康保険組合 御中		申請者		住所
		(被保険者)		氏名
				電話

同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日		傷 病 名		要加療期間	
					年 月 日					

< 申請にあたっての注意事項 > (健康保険組合へ直接申請してください。)
 ・申請書は暦日1ヶ月単位で作成してください。
 ・申請書を提出する際には、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。
 ・二重線内(「施術内容欄」および「施術証明欄」)は、施術者へ記入を依頼してください。
 「同意記録」欄を記入し医師の同意書(原本)を添付してください。医師の同意は6カ月間を有効としますので、施術が6カ月を越えて継続するときは、再度医師から同意書の交付を受けてください。ただし、初療日から6カ月までの間、2回目以降の申請には当初の同意書の写しを添付してください。
 ・申請された療養費は審査の上、当初届け出られた貴殿名義の口座に振込みいたします。

※ 不明な点は健康保険組合までお問い合わせください。