健保組合				事業所確認者名
常務理事	事務長		担当者	

療養費支給申請書（　　年　　月）
（はり・きゅう用）

被保険者欄	○被保険者証等の記号－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		続柄	○発症又は負傷の原因及びその経過
	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		
	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
	昭・平　年　月　日生		1．業務上　2．第三者行為である　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
	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　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

施術内容欄			
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
施術料	はり	円×　回＝　円	施術者氏名＿＿＿＿
	きゅう	円×　回＝　円	施術日　・　・　・　日
	はり・きゅう併用	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	※往療を必要とした場合に記入
往療料　4kmまで		円×　回＝　円	往療日　・　・　・　日
往療料　4km超		円×　回＝　円	往療を必要とした理由
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

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＿＿＿＿	所在地	
きゅう師免許登録番号＿＿＿＿	施術所名	
	施術管理者名	電話

被保険者記入欄	申請欄及び委任状	
		上記の療養に要した費用に関して、給与振込みでの支給を申請します。 なお、私は事業主を代理人と定め、この申請書で請求する療養費の受領に関することについて、権限を委任します。 令和　年　月　日 髙島屋健康保険組合理事長　殿
		被保険者の（請求者）　〒　－ 住所 氏名　電話
会社記入欄		代理人の（事業主） 住所 氏名

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		

＜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。記入する年月日は和暦で、先頭に元号を入れてください。
・ 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。
・ 「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

問い合わせ先：髙島屋健康保険組合　TEL.06-6631-1383　（2021年7月版）