

療養費支給申請書(年 月)

(はり・きゅう用)

【令和6年10月施術分～】

常務理事	事務長		担当者	事業所確認者

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号一番号				○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																														
	(フリガナ)				続柄				○業務上・外、第三者行為の有無																										
	施術を受けた者の氏名				男・女				1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他()																										
施 術 内 容 欄	昭・平・令 年 月 日				4. その他()				○施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)																										
	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. 四十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()																														
	初検料(1. はり 2. きゅう 3. はりきゅう併用)				円																														
	施 術 料	はり・きゅう				施術の種類				1術 回				2術 回				摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 . . . 日 ※往療を必要とした場合に記入 往療日 . . . 日																	
		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(3～9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. 電気温灸機 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																										
施術日				費用額計				円																											
通所○往療○																																			
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																															
訪問2②																																			
訪問3③				月																															
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														
	令和 年 月 日																所在地																		
	はり師免許登録番号																施術所名																		
	きゅう師免許登録番号																施術管理者名				電話														
被 保 険 者 記 入 欄	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																〒				一														
	高島屋健康保険組合理事長 殿																被保険者の住所				氏 名 電話														
	代理人の住所																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。
□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) □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: 高島屋健康保険組合 TEL.06-6631-1383 (2024年12月版)