

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				年 月 日				年 月 日						
	(フリガナ)				続 柄				○発症又は負傷の原因及びその経過						
	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 ()						
昭・平・令 年 月 日生				○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							
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日				施 術 期 間				実 日 数						
	令和 年 月 日				自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日				日						
	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 ()				請 求 区 分 新 規 ・ 継 続 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 _____						
	はり				円× 回= 円				施 術 日 . . . 日						
	きゅう				円× 回= 円										
	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 日 . . . 日						
	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															
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 _____				施術所名 _____						
	きゅう師免許登録番号 _____				施術者名 _____				☎ 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。 令和 年 月 日 千 百 十 円														
	全国印刷工業健康保険組合理事長 殿				被保険者 住所 (請求者) 氏 名				☎ 電話 _____						
委 任 状	本申請に基づく給付金に関する受領を次の方に委任します。 令和 年 月 日														
	被 保 険 者 住 所 (請 求 者) 氏 名				☎ _____										
	委任された方の 住 所 (事 業 主) 氏 名				☎ _____										
同 意 記 録	給付金の振込先銀行 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、事業主に受領委任してください (捺印漏れのないようお願いいたします)。なお、退職 (資格喪失) 後、被保険者 (請求者) 送金を希望される場合は、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」の届出が必要になりますので、当組合までご連絡ください。														
	同意医師の氏名				住 所				同意年月日				傷 病 名		
								令和 年 月 日							
												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。
- ・ 「被保険者欄」に受療者情報を記入してください。
- ・ 二重線内（「施術内容欄」、「施術証明欄」および「同意記録欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・ 在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、「委任欄」により、事業主に受領委任してください（捺印を忘れないでください）。
- ・ 退職（資格喪失）後、被保険者（請求者）送金を希望される場合は、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」をご提出ください。

<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：全国印刷工業健康保険組合 給付課 TEL. 03-3551-9301