

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						
	(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	請 求 区 分				
	令和 年 月 日		自・令和 年 月 日～至・令和 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						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 _____				
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用						円	施 術 日 日				
	施 術	はり	円 × 回 =				円					
	術	きゅう	円 × 回 =				円					
	料	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○	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										
往 療○	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 _____					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					被保険者 住 所		
全国印刷工業健康保険組合理事長 殿					(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					
<p>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。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。</p>							

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	
					令和 年 月 日					

<記入にあたっての注意事項>

- ・ 必要事項に黒のボールペンで記入をお願いいたします。
- ・ 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。
- ・ 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. 03-5834-3180