**記入例**

# 療養費支給申請書　（はり、きゅう用）

被保険者
家　　族

令和　　年　　月　　日提出

被保険者が記入するところ

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ① 被保険者証の記号・番号 | 記号 1234 | 番号 5678 | ② 被保険者氏名 | 健保　太郎 |
| | | | 生年月日 | 昭和・平成・令和 50年 1月 1日 |
| | | | | 印 |
| ③ 被保険者の現住所 | 〒 453－ 0015　電話 052（ 451 ）0291<br>愛知県名古屋市中村区椿町３番21号 | | | |
| ④ 事業所名称 | ○○信用組合 | | | |

⑤ 被扶養者が施術を受けた場合は、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。

| 氏名 | | 生年月日 | 昭和・平成・令和　年　月　日 | 被保険者との続柄 | |
|---|---|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| ⑥ 傷病名 | □神経痛　□頚腕症候群　□リウマチ　□五十肩<br>☑腰痛症　□頚椎捻挫後遺症　□その他（　　） |
| ⑦ 発病又は負傷年月日 | 平成・令和　4 年　4 月　1 日 |
| ⑧ 発病又は負傷の原因（詳細に記入） | い　つ・・・令和４年４月１日<br>ど こ で・・・自宅<br>どのように・・・重い荷物を持った時に捻った |
| ⑨ 第三者によるものですか | はい　・　いいえ<br>「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。 |
| ⑩ 業務中に発生したものですか | はい　・　いいえ |
| ⑪ 施術を受けた施術所 | 名称：○○鍼灸院<br>所在地：愛知県名古屋市○○区○○町○番地 |
| ⑫ 施術を受けた日（○を付けてください） | 年　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　【 3 日間】<br>※　暦月単位で１月につき１枚の申請が必要となります。 |
| ⑬ 再同意方法（同意書が無い場合） | □受療者　・電話（　月　日）<br>□家族　・診察日に口頭（　月　日）で同意を得た。<br>□はり師　・電話（　月　日）<br>□きゅう師　・文書（　月　日）で同意を得た。 |

※　同意医師へ確認させて頂くこともございますので、正確にご記入ください。

| （フリガナ）払渡し希望銀行の口座 | | 預金の種類 | | 口座番号 | | 口座名義人氏名（被保険者） | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ○○ 信用組合 / 信用金庫 / 銀行 | | 普通 / 当座 | | ○○○○○○ | ﾌﾘｶﾞﾅ | ケンポ　タロウ |
| | ○○ 本店 / 支店 | | | | | 氏名 | 健保　太郎 |

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です）
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。 ➜ □□□□□□□□□□□□

受取代理人の欄

本申請に基づく給付金の受領を下記の代理人に委任します。　令和　年　月　日

被保険者(申請者)
氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

（〒　-　）TEL（　）
委任された者の住所・電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿
（フリガナ）
氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

被保険者との関係 ＿＿＿＿＿＿＿＿

# 施術内容証明書　（はり、きゅう用）

（令和　　年　　月分）

はり師・きゅう師記入欄

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ① 被保険者の記号・番号 | 記号 | ② 受療者の氏名 | | 本人 |
| | 番号 | | 生年月日 昭和・平成・令和　年　月　日 | 家族 |

③施術内容欄

| 初療年月日 | 施術期間 | 実日数 | 請求区分 |
|---|---|---|---|
| 年　月　日 | 年　月　日 ～ 年　月　日 | 日 | 新規・継続 |
| 傷病名 | □神経痛　□頚腕症候群　□リウマチ　□五十肩<br>□腰痛症　□頚椎捻挫後遺症　□その他（　　） | | 転帰：継続・治癒・中止・転医 |
| 初検料 | □はり　□はり（電気鍼併用）<br>□きゅう　□きゅう（電気温灸器併用）<br>□はり、きゅう併用<br>□はり、きゅう併用（電気鍼併用・電気温灸器併用） | 円 | 摘要 |

| 2回目以降 | | |
|---|---|---|
| 1. はり | 円 × 回＝ | 円 |
| 2. きゅう | 円 × 回＝ | 円 |
| 3. 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 |
| 往療料　2km まで | 円 × 回＝ | 円 |
| 加算（　km ） | 円 × 回＝ | 円 |
| 合計 | | 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 |
|---|---|---|

④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
施設の所在地
はり師、きゅう師　名　称
氏　名　印
電　話
はり師　免許登録番号（　）
きゅう師　免許登録番号（　）

⑤同意記録

| 同意医師氏名 | 住所 | 同意年月日 | 傷病名 | 要加療期間 |
|---|---|---|---|---|
| | | 年　月　日 | | |
| 再同意医師氏名 | 住所 | 同意年月日 | 傷病名 | 要加療期間 |
| | | 年　月　日 | | |

【添付書類】　領収書(原本)　●医師の同意書(原本)
（初療日または医師の同意日から６か月の施術に対し有効となります。有効期限後の施術分には医師の再同意書を添付してください。）

【注意事項】　慢性病であって医師による適当な治療手段のないものが対象です。
（本人からの施術希望、医療機関で治療中の傷病等は支給対象になりません。）