

# 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																											
	(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 ( )			○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・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																						
	初検料									円		摘 要																						
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用											※施術管理者以外が施術した場合に記入																						
	施 術 内 容 欄	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			円 × 回 =						円		※往療を必要とした場合に記入																					
	1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具											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		※支給額 _____																					
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。						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 _____																								
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			大阪府木材健康保険組合理事長 殿 (請求者)																					
支 払 機 関 欄	振込指定口座	【被保険者（請求者）又は委任代理人の口座に限りです】																																
		銀行						店番			普通																							
		信用金庫						支店 ( )			当座																							
	口座番号 (左づめ)			口座名義 (カタ)																														
受 取 代 理 人	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の方に委任します。 令和 年 月 日																																	
	被保険者（請求者）住所 _____																																	
	氏名 _____																																	
※施術者及びその関係する法人等を代理人とする委任はできません。																																		
委任された方 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																						
							令和 年 月 日																											

必ず裏面の注意事項等をお読みください

<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。
- ・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。
- ・「支払機関欄」は、被保険者名義又は委任代理人名義の口座を記入してください。
- ・「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 → 健康保険組合

※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（支払金額の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるもの）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

— 健康保険が適用されるのは以下の場合のみです —

慢性病で、医師による適度な治療手段がない場合に限り健康保険が適用されます。

《対象となる疾病》

神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症

※神経痛・リウマチ等と同等の慢性的な痛みを主な症状とするものについては上記以外でも認められる場合があります。

《申請時の注意点》

- ・保険医が交付する施術への「同意書」が必要です。
- ・疲労回復・慰安・予防を目的とするものは対象外です。
- ・同一疾病で医療機関（病院、診療所等）にて治療（投薬、マッサージ等）を同時に受けている場合、重複する期間は対象外です。