療養費支給申請書（　年　月分）（はり・きゅう用）

被保険者欄

○被保険者等の記号・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	

療養を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	続柄	○業務上・外、第三者行為の有無
	男・女		（ 1．業務上　2．第三者行為　3．その他（　　））
	昭和・平成・令和　年　月　日生		○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）

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：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
はり・きゅう	施術の種類　1術　回　2術　回	
施術料 通所	円×　回＝　円	
施術料 訪問施術料　1	円×　回＝　円	
施術料 訪問施術料　2	円×　回＝　円	
施術料 訪問施術料　3（3人～9人）	円×　回＝　円	
施術料 訪問施術料　3（10人以上）	円×　回＝　円	
電療料（加算／　1電気針　2電気温灸器　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	
費用額計	円	

施術日 訪問1① 通所○ 訪問2② 往療◎ 訪問3③	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

○往療又は訪問の理由（ 1．独歩による公共交通機関を使っての外出困難　2．認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難　3．その他（　）　）

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

免許登録番号　　はり師

免許登録番号　　きゅう師

〒　―

住所

氏名　　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

酒フーズ健康保険組合理事長　殿

申請者（被保険者）

〒　―

住所

氏名　　電話

支払機関欄

預金の種類	金融機関名		
1．普通　2．当座		銀行・金庫・農協	本店・支店・出張所
口座名義 カタカナで記入		口座番号	

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＞

- 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。

※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

問合せ先　酒フーズ健康保険組合　給付課　℡.03-3552-4005

2024年10月版