

療養費支給申請書（本人・**家族**）令和 6 年 10 月分
(は り ・ き ゅ う 用)

注意事項

信濃毎日新聞健康保険組合 理事長 殿

提出日 令和 6 年 10 月 15 日

下記のとおり、申請します。

申請者氏名
(被保険者氏名) **健保 太郎**

【被保険者の記入欄】

①被保険者証の 記号・番号	1 3 9 8 - 1 0 0 0	②事業所の名称	信濃毎日新聞健康保険組合		
③被保険者の氏名	健保 太郎		④被保険者の 生年月日・年齢	昭和 42 年 10 月 7 日生 (57 歳)	
⑤被保険者の住所	(〒 380-xxxx) 長野県長野市〇〇町△△10xx-x		(電話番号 026 - xxx - xxxxx)		
⑥療養を受けた者の 氏名・性別・続柄	健保 花子 男 女 妻		⑦療養を受けた 者の生年月日・ 年齢	昭和 43 年 8 月 21 日生 (56 歳)	
⑧傷病名	五十肩		⑩発病又は負傷原因及 びその経過	肩が上がらなくなった	
⑨発病又は負傷の 年月日	平成 30 年 12 月 10 日				
⑪業務上の負傷ですか	はい いいえ		⑫第三者行為によるものですか	はい いいえ	
⑬振込先	信金 本店・支店 店番号 口座名義 カナ 漢字 健康保険組合登録口座に振り込みます				

【はり師・きゅう師記入欄】

施 術 内 容 欄	初療年月日	年 月 日		施術期間	自：年 月 日 ～ 至：年 月 日		実日数	請求区分																								
	傷病名	1.神経痛 2.リウマチ 3.頰腕症候群 4.五十肩 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他()						転帰	新規・継続																							
	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						円																								
	通所	円 × 回 =						円																								
	訪問施術料1	円 × 回 =						円																								
	訪問施術料2	円 × 回 =						円																								
	訪問施術料3(3人～9人)	円 × 回 =						円																								
	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)	円 × 回 =						円																									
費用額計							円																									
施術日 訪問1①	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	
通所 訪問2②																																
往療 訪問3③																																
○往療又は訪問の理由(1.独歩による交通機関を使ての外出困難 2.認知症や資格、内部、神経障害などにより徒歩による外出困難 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。															保健所登録区分 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地																
	年 月 日															住 所																
	免許登録番号															はり師 氏 名																
	免許登録番号															きゅう師 電 話 番 号 ()																
同 意 記 録	同意医師の氏名															住 所																
	電話番号 ()															同意年月日																
															傷病名																	
															要加療期間																	

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合(任意)は、備考欄へ記載して下さい。

※被保険者証の記号番号を記載した場合はマイナンバーの記載は不要です。

備考欄 :

【添付書類】

・「施術に要した費用の領収書」原本(自費診療とわかるもの、宛名は受診者氏名、領収印があるもの)

・「医師の同意書」原本 (同意内容について医師に照会することがあります。)

※「施術報告書」が交付された場合はその写しを添付。