療養費支給申請書（　　年　　月分）（はり・きゅう用）

被保険者欄

○健康保険の記号番号	○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.本人	（ 1．業務上　2．第三者行為　3．その他（　　））
	昭・平・令　年　月　日生	2.家族（　）	○施術した場所（入居施設や住所地特例等、住所地(申請者)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
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　1はり　2きゅう　3はりきゅう併用　　円

はり・きゅう	施術の種類	1術　回	2術　回
施術料	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　月分）		円×　回＝　円	
費用額計		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 ＿＿＿＿＿＿

施術日 ＿＿．＿＿．＿＿．＿＿日

施術日	訪問1① 訪問2② 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
通所○ 往療◎																																	

○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

免許登録番号 ＿＿＿＿＿＿ はり師

免許登録番号 ＿＿＿＿＿＿ きゅう師

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

〒　－

所在地

施術所名

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

電設工業健康保険組合理事長　殿

被保険者（申請者）

〒　－

住所

氏名　㊞　電話

支払機関欄

金融機関名	銀行・農協 信金・信組	本店 支店	預金の種類	1.普通　2.当座
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（コピー）　☐ 1年以上・月16 回以上施術継続理由・状態記入書

マイナンバー記入欄（健康保険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、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

公金受取口座を利用する場合は、下記に☑をご記入ください。（利用する場合、上記口座情報の記入は不要です。）

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。

※ 公金受取口座を利用する場合は、支給決定までに時間を要することがありますのでご了承ください。

お問い合わせ先：電設工業健康保険組合　給付課　TEL. 03-5970-0306

2024年10月版