

健保記入欄 支給額 (法定) 円	
----------------------------	--

本人
 家族

療養費支給申請書 (はり・きゆう)

(4月分・第 4 回)

*「添付書類」(原本)と「医師の同意書(原本)」を添付

被保険者証の記号と番号	1 - 123456		被保険者(請求者)氏名	(フリガナ) ヤマハ タロウ 山葉 太郎	印
事業所名	ヤマハ(株) 掛川工場		生年月日	昭・平 40年 1月 6日生	
所属課・保・店等	GP組立	メールBOX KK	自宅住所	〒 430 - 1101 浜松市中区中沢町1111	
会社 TEL	外線 0537-24-7722	内線 1234	自宅 TEL	053-472-1000	
療養を受けた者の氏名	(フリガナ) ヤマハ ハナコ 山葉 花子	療養を受けた者の生年月日	昭和 38年 4月 25日 平成	被保険者との続柄	妻
傷病名	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> 頰腕症候群 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> リウマチ <input checked="" type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 頰椎捻挫後遺症	負傷又は発病した状況又は原因(具体的に)	日時	R1年 6月 18日	午前 午後 時 分頃
傷病の経過	手術により可動が楽になってきている		場所	①会社 ②通勤途中 ③自宅 ④その他()	
第三者の行為が原因ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	左の設問で「はい」の場合	状況	腕が上がらず衣服の着脱ができない	
			<input type="checkbox"/> 第三者が不明 <input type="checkbox"/> 第三者から療養費の補償がない <small>(第三者から療養費の補償がある場合は健康保険組合からは重複して支給することが出来ません)</small>		

* * 被保険者証の記号番号が自ら署名する場合は、被保険者の押印は不要です。

* * 被保険者証の記号番号が自ら署名する場合は、訂正被保険者証の押印は不要です。

* * 被保険者証の記号番号が自ら署名する場合は、訂正被保険者証の押印は不要です。

被保険者が自ら署名する場合は、被保険者の押印は不要です。

初療年月日	令和 2年 1月 8日	施術期間	自 2年 4月 1日 ~ 至 2年 4月 30日	実日数	4日	請求区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 継続	<input type="checkbox"/> 転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止
初回	<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゆう <input type="checkbox"/> はり・きゆう併用		円		摘要			
2回目以降	はり(電気針併用)	1300円 × 4回 = 5200円 30円 × 4回 = 120円	円					
	きゆう(電気温灸器併用)	円 × 回 = 円 円 × 回 = 円	円					
	はり・きゆう併用(電気針・電気温灸・光線器)	円 × 回 = 円 円 × 回 = 円	円					
往療料 4kmまで	円 × 回 = 円	円						
往療料 4km超	円 × 回 = 円	円						
施術報告書交付料(前年 月)	円 × 回 = 円	円						
合計		5320 円						
施術日	4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ました。 令和 2年 4月 27日 住所 浜松市中区中沢町5555 はり師・きゆう師 氏名 佐藤 一郎 免許登録番号 ⑩ 電話 ()							

医師の同意書の添付を省略する場合は、必ず記入してください。

同意医師の住所・氏名	同意年月日	傷病名	要加療期間
住所 浜松市中区中沢町999 氏名 鈴木医院	令和2年 1月6日	五十肩	6ヶ月

委任欄	本請求書に基く (事業所名) 給付金の受領を 令和 2年 5月 10日 被保険者氏名 山葉 太郎 ⑩ 印
-----	---

退職後にご請求される方はご希望の振込み先金融機関をご記入ください。

(資格喪失者のみ、振込依頼書にご記入下さい)			
金融機関名	本支店名	預金の種別	預金の番号
		普通・当座	(フリガナ)
コード No.	コード No.		

任意継続被保険者の方は、郵便局の口座にお振込みさせていただきますので記入は不要です。

備考	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は、備考欄に記載してください。 被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。 (マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)	事業所担当者印	健保受付印
----	---	---------	-------

* 療養費の請求権の消滅時効は、支払いを完了した日の翌日から2年間となります。

- ※ 「施術内容欄」「施術証明欄」は、針・灸師にて、記入してもらってください。
- ※ 健康保険扱いのできる針・灸は、医師が認め同意した場合に限られます。また、対象となる傷病も限られています。(同一疾病に対する医療機関での治療との併用は認められません。)

<<添付書類>>

- 医師の同意書(同意書有効期間6ヶ月)
 - * 下記の場合は、同意書の添付を省略しても差し支えありません。
 - ・2回目以降の申請で、1回目の申請時に添付した同意書の加療期間内の請求の場合。
- 領収書の(原本)