

健保記入欄 支給額 (法定) 円 <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族		療養費支給申請書 (はり・きゅう) (4月分・第 2 回)	
---	--	--	--

*「領収書類」(原本)と「医師の同意書(原本)」を添付

被 保 険 者 記 入 欄	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・係・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"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input checked="" type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他()		負傷又は 発病した 状況又は 原因 (具体的に)	日時	28年 12月 25日 午前 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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		左の設定で 「はい」の場合	<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、訂正印を押印してください。(修正液等不可)

施 術 内 容 欄	初療年月日	平成 29年 1月 3日	施術期間	自 29年 4月 1日~ 至 29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"/> きゅう <input type="checkbox"/> はり・きゅう併用								
	2回目以降	はり はり(電気針併用)	1300円× 4回 = 5200円 30円× 4回 = 120円	円 × 回 = 円 円 × 回 = 円 円 × 回 = 円 円 × 回 = 円						
	往療料 4kmまで	円 × 回 = 円								
	往療料 4km超	円 × 回 = 円								
合計		5320 円								
施術日	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。 平成 29年 4月 27日 住所 浜松市中区中沢町5555 はり師・きゅう師 氏名 佐藤 一郎 免許登録番号 (印) 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。

同意記録	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	平成29年 3月25日	五十肩	3ヶ月
委任欄	本請求書に基く (事業所名) 給付金の受領を 平成 29年 5月 10日 被保険者氏名 山葉 太郎 (山葉) に委任します。			

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。
(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。)

(資格喪失者のみ、振込依頼書にご記入下さい)				
振込依頼	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.		

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、備考欄へ記載してください。 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
----	---	---------	-------

- ※ 「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3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。
 - ・初療の日から3ヶ月を経過した時点において、さらに同意を得て施術を受ける場合。
- 領収書の(原本)