

療 養 費 支 給 申 請 書 (年 月分) (はり・きゅう用)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------|-----|-------------------|--|--|--|---|--|---------|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 欄 | 記 号 ・ 番 号 | | 被 保 険 者 氏 名 | | | | 所 属 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 傷 病 名 | | 発 病 又 は 負 傷 年 月 日 | | | | 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 | | | | | | 業 務 上 の 負 傷 で す か | | | | | | | | | | | | は い ・ い い え | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 第 三 者 行 為 に よ る も の で す か | | | | | | | | | | | | は い ・ い い え | | | | | | | | | | | |
| | | 続 柄 | | | | | 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 振 込 先 (任 意 継 続 の 方 の み) | | | | | | 預 金 の 種 類 | | | | | | | | 金 融 機 関 名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 口 座 名 義 カタカナで記入 | | | | | | | | 口 座 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | | 郵 便 局 | | | | | |
| 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。田辺ファーマ健康保険組合が医療機関等の関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。在任期間中の申請の場合は、本申請書に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|
| 令和 年 月 日 | | | | | | 〒 | | | | | | — | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 申請者 (被保険者) | | | | 住所 | | | | | | | | | | | |
| 田辺ファーマ健康保険組合理事長 殿 | | | | | | | | | | | | 氏 名 | | | | | | | | | | | | 電 話 | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------------------|-----------------|---|---|-------------------------------|-----------|---|---|------------|-------|---|---|------------|-------|----|----|-------------|----|----|----|-----------|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|
| 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 | | | | 転 帰 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 5. 腰痛症 | | | | 6. 頸椎捻挫後遺症 | | | | 7. その他 () | | | | 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 | | | | |
| | 施 術 料 | はり・きゅう | | | | 施術の種類 | | | | 1 術 回 | | | | 2 術 回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 施術日 | 訪問 1 ㊟ | 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 |
| 通所 | 訪問 2 ㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 往療 | 訪問 3 ㊟ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 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。 | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | 〒 — | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 免許登録番号 是 り 師 住 所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 免許登録番号 きゅう 師 氏 名 電 話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---------|--|--|--|-----|--|--|--|-----------|--|--|--|-------|--|--|--|-------|--|--|--|
| 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 | | | | | | | | | | | |

【添付書類】 1. 領収書（原本） [※受診者がわかるもの ※領収印があるもの]
2. 医師(主治医)の同意書。再同意は、初療の日から6ヶ月が経過する毎に医師(主治医)の同意書(原本)
3. 施術報告書交付料の記載がある場合のみ、施術者より記入をうけた「施術報告書（写し）」の添付が必須

【注意事項】 1. 往療がある場合は、往療を必要とした理由・往療料のわかる明細を摘要欄に記入してください。
2. 本人からの施術希望、同一疾病での医療機関・柔整・あんま・マッサージとの併給は支給対象になりません。

【添付書類 貼付台紙】

A4サイズ以下の添付書類はここに貼って提出してください。

- ・領収書は原本必須です（コピー不可）。
- ・複数枚ある場合、受診日、氏名、金額、発行日付等の明細がわかるように重ねて貼ってください。
- ・被保険者・家族 療養費支給申請書を上にして、左上部分をのり付けして提出してください。

