

被保険者・家族療養費支給申請書 (鍼 ・ 灸 用)

- ◎ 一ヶ月分をまとめて月ごとに健保組合に申請する。
(必ず、施術師の証明を受けてください。)
◎ 最下段の添付書類欄をお読みください。

決裁日	令和	
常務理事	事務長	係
算出基礎額	円	
支給額 (上記の7割分)	円	

被保険者が記入するところ	被保険者の 記号・番号	—			事業所名						
	被保険者名				生年月日	昭和 平成	年	月	日		
	被扶養者に関する申 請のとき	氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	傷病名 (該当に○)	<input type="checkbox"/> 神経痛	<input type="checkbox"/> リウマチ	<input type="checkbox"/> 頸腕症候群	<input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症	発病または負傷の 年月日	昭和・平成 令和	年	月	日	
		<input type="checkbox"/> 腰痛症	<input type="checkbox"/> 五十肩	<input type="checkbox"/> その他()							
	発病または 負傷の原因	状況	<input type="checkbox"/> 業務中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 自分の不注意 <input type="checkbox"/> その他()								
		詳細	(いつ、どこで、何をしていた、どうなったかを詳しく記載)								
	施術を受けた 施術院名	住所									
		名称									
	受療に要した 費用の合計	円				施術に同意した 医師名					
医師同意 年月日	令和	年	月	日	医師より証明を受けた 要加療期間	令和	年	月	～	年	月
療養費支給 振込口座 (給振口座)	北 洋 銀 行		本店 支店 出張所		口座番号					普通預金	
					※給与振込口座以外は指定不可						
北洋銀行健康保険組合理事長 殿 上記の通り申請いたします。 令和 年 月 日											
被保険者			住所 氏名 TEL								

施 術 師 証 明 欄	初療年月日											実日数							
	() 年 月 日	自・令和 年 月 日 ～ 至・令和 年 月 日										日	請求区分						
	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()		新規・継続 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	摘 要						
	施 術 料	はり・きょう															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 月分)											円 × 回 = 円								
合 計											円								
一 部 負 担 金 (1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)											円								
請 求 額											円								
施術日	訪問1①	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14				
通所○	訪問2②	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28				
往療◎	訪問3③	29	30	31	※施術を受けた日に○表示する														
○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())																			
北洋銀行健康保険組合理事長 殿											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						
上記のとおり施術を行い、その費用を領収したことを証明します。																			
令和 年 月 日																			
所在地																			
施設名称																			
はり師・きょう師																			
TEL																			

【添付書類】

- 受療費用の領収書及びその明細(受療日ごとの領収書でも可)・・・原本添付
- 医師の同意書(原本・・・初回から6ヶ月以内、同意日より6ヶ月以上経過には再度医師の同意書(原本)が必要です。)

領収書貼付用台紙

令和 年 月 日 提出

・記号 _____ ・番号 _____

・所属

・提出領収書枚数 _____ 枚

・被保険者名

・領収書の返却要・不要表示（何れかに○表示）

領収書の返却 要 不要

領収書（原本）貼付欄（剥がれ落ちないように一部分をのり付け）

- 注意
1. **領収書は原本提出**（写しは不可）・・・・・・内容点検後、被保険者に返却します。
 2. 領収書が月間合計金額の場合は、日別内訳明細を添付する。