

# 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               |   |
| シーケンス番号 | 支給額<br>(上記の7割分) | 円 |

|         |                 |
|---------|-----------------|
| シーケンス番号 | 支給額<br>(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<br>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<br>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<br>令和 | 年  | 月  | 日   |
|  | 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"/> 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                           |  |                                |                                  |                 |    |    |                |       |    |            |          |          |      |             |    |    |     |
|  | 初診年月日         | 昭和・平成<br>令和                  | 年  | 月                              | 日                                | 施術を受けた期間        |    |    |                |       |    | 自<br>至     | 令和       | 年        | 月    | 日           |    |    |     |
|  | 受療月           | 施術日                          | 1  | 2                              | 3                                | 4               | 5  | 6  | 7              | 8     | 9  | 10         | 11       | 12       | 13   | 14          |    |    |     |
|  | 通院黒○          | 月                            | 15   | 16                             | 17                               | 18              | 19 | 20 | 21             | 22    | 23 | 24         | 25       | 26       | 27   | 28          |    |    |     |
|  | 往療日◎          |                              | 29   | 30                             | 31                               | ※施術を受けた日に○表示する  |    |    |                |       |    |            |          |          |      |             |    |    |     |
|  | 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  |    |     |
|  | 第三者行為の有無      | 有・無                          | 第三者行為による負傷の時の届出の有無   |                                |                                  |                 |    |    | 有・無            | 加害者住所 |    |            |          |          |      |             |    |    |     |
|  |               |                              |  |                                |                                  |                 |    |    |                |       |    |            |          | 加害者氏名    |      |             |    |    |     |
| 療養費支給振込口座(給振口座)  | 北洋銀行          |                              | 本店<br>支店<br>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<br>上記の通り申請いたします。   |               |                              |  |                                |                                  |                 |    |    |                |       |    |            |          |          |      |             |    |    |     |
| 令和 年 月 日   |               |                              |  |                                |                                  |                 |    |    |                |       |    |            |          |          |      |             |    |    |     |
| <table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td rowspan="3" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="padding: 0 5px;">住所</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 5px;">氏名</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 5px;">TEL</td> </tr> </table> |               |                              |  |                                |                                  |                 |    |    |                |       |    |            |          |          |      | }           | 住所 | 氏名 | TEL |
| }  | 住所            |                              |  |                                |                                  |                 |    |    |                |       |    |            |          |          |      |             |    |    |     |
|  | 氏名            |                              |  |                                |                                  |                 |    |    |                |       |    |            |          |          |      |             |    |    |     |
|  | TEL           |                              |  |                                |                                  |                 |    |    |                |       |    |            |          |          |      |             |    |    |     |

|                                |   |                              |                               |                                |                                  |          |   |  |
|--------------------------------|---|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------|---|--|
| 施術師証明欄                         | 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 | 施術に要した費用 | 円 |  |
|                                | 施<br>術<br>内<br>容                                  | 初検料                          | 1. はり                         | 2. きゅう                         | 3. はり・きゅう併用                      | 円        |   |  |
|                                |   | 1. はり                        | 円 × 回 =                       |                                | 円                                |          |   |  |
|                                |   | 2. きゅう                       | 円 × 回 =                       |                                | 円                                |          |   |  |
|                                |   | 3. はり・きゅう併用                  | 円 × 回 =                       |                                | 円                                |          |   |  |
|                                |   | 電療料                          | 1. 電気針                        | 2. 電気温灸器                       | 3. 電気光線器具                        | 円 × 回 =  |   |  |
|                                |   | 往療料                          | 4kmまで                         |                                | 円 × 回 =                          | 円        |   |  |
|                                | 往療料   | 4km超                         |                               | 円 × 回 =                        | 円                                |          |   |  |
|                                | 北洋銀行健康保険組合理事長 殿<br>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<br>施設名称<br>はり師・きゅう師<br>TEL |   |                              |                               |                                |                                  |          |   |  |

### 【添付書類】

- 1 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**
- 2 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。