

健保組合処理欄	常務理事	事務長	係	係	支給額		受付整理No.	
							資格取得日	資格喪失日
					円		平・令 年 月 日	平・令 年 月 日
					施術回数	支払区分	決済年月日	支給予定日
					回目	7割・8割・9割	令和 年 月 日	令和 年 月 日

受付年月日

甲信越信用組合健康保険組合御中

療養費支給申請書

(はり・きゅう)

(令和 年 月分)

☐被保険者

☐家族

被保険者記入欄	健康保険証の 記号・番号	—			事業所名															
					勤務先電話	— —														
	被保険者氏名	(フリガナ)			生年月日	昭和・平成 年 月 日														
	受診者氏名 受診者が被扶養者の場合	(フリガナ)			生年月日	昭和・平成 年 月 日				続柄										
	傷病名					発病（負傷）年月日	令和 年 月 日													
	発病（負傷）の原因および経過					第三者行為による傷病ですか？ ☐ はい「第三者による傷病届」を提出 ☐ いいえ														
	被保険者 名義 振込先口座	信用組合 支店		普通当座	口座番号： カタカナ 口座名義：															
	確認欄	☐ 償還払い（立替払い）での精算になります。一旦、全額を施術機関等にお支払いください。																		
		☐ 歴月ごと、受診者ごとにつき1枚、この申請書にご記入のうえ、施術師の証明を受けてください。																		
		☐ 初めてかかった際の請求には、「医師の同意書」（原本）の添付が必要です。																		
☐ 施術を受ける毎に発行される領収書（原本）を全て添付してください。																				
申請者署名欄	甲信越信用組合健康保険組合 理事長殿																			
	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。 令和 年 月 日 〒 — 連絡先（携帯）Tel — — 住 所 被保険者名																			
施術内容・証明欄（施術者記入欄）	施術内容欄	初療年月日	今回施術期間				実日数	請求区分	転帰											
		令和 年 月 日	令和 年 月 日～令和 年 月 日				日	新規・継続	継続・治癒・中止・転医											
		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（ ）																	
		初 検 料				摘 要														
		1はり・2きゅう・3はりきゅう併用				円														
		施 術 料	はり				円× 回＝ 円													
			きゅう				円× 回＝ 円													
			はり・きゅう併用				円× 回＝ 円													
			電療料				円× 回＝ 円													
			1電気針・2電気温灸器・3電気光線器具				円× 回＝ 円													
	※「摘要欄」に 要理由記載の事		往療料 4kmまで		円× 回＝ 円															
			往療料 4km超		円× 回＝ 円															
	施術報告書交付料(前回支給： 年 月分)				円		合計	円												
	施術日：通院○・往診◎		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																	
	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															
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。											令和 年 月 日								
	住所 免許登録番号（ ） はり師・きゅう師 氏名 連絡先Tel — —																			

同意書			(はり・きゅう療養費用)		
患者	住所				
	氏名				
	生年月日	昭・平	年	月	日
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 ()				
発病年月日	令和 年 月 日				
上記の者については、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。					
令和 年 月 日					
保険医療機関名					
所在地					
保険医氏名					

証 書 添 付(原本)

以下の書類を貼り付けてください。場所が足りないときはもう一枚ご使用ください。

鍼灸院発行 療養費領収証の原本
施術報告書コピー（交付を受けた場合）
施術報告書交付料領収証の原本（支払った場合）
往療明細（発行された場合）

はり・きゅうの療養費申請にあたっての注意事項

1. 事前に医師の同意を得て健康保険組合の給付対象となる「はり・きゅうの施術」を受けた場合、厚生労働省が定める基準等により定める費用から、一部負担金の割合を控除した額が払い戻されます。同意書の有効期間は6か月です。その後も継続して施術を受ける場合には、再度、医師の同意書が必要となります。初めて施術を受けた日または同意日が1～15日ならその月から5か月後の月末まで有効、16日以降であれば6か月後の月末まで有効とします。
2. 払戻しには被保険者の申請が必要です。申請は1か月(暦月)ごと1通を作成してください。
3. 「被保険者記入欄」は被保険者が、「施術内容・証明欄」ははり師・きゅう師が記入してください。
4. 申請書の添付書類は次のとおりです。
 - (1) 同意書の原本(初回必須。その後も再び同意を受けた場合に必須)
 - (2) 鍼灸院が発行した領収書の原本
 - (3) 「施術内容・施術証明」欄を空欄として別用紙にて証明する場合でも申請できますが、その場合は、同様の内容が記載されたはり師・きゅう師作成書類の原本が必要となります。施術を受けた日や金額など内容に間違いがないことを確認してください。
 - (4) 往療を受けた場合で鍼灸院が作る往療明細があれば、その原本
 - (5) 施術報告書の写しと、施術報告書交付料領収書の原本
(医師の再同意のために、鍼灸院が施術の内容や患者の状態等を記載した施術報告書を交付した場合)
5. 被保険者が記入するところの各項目について
 - (1) 傷病名は、医師の同意書に記載されている傷病名を記載してください。
 - (2) 「第三者行為の傷病ですか」の欄で、「はい」にチェックの場合、別に「第三者の行為による傷病届」が必要です。
6. 申請書の訂正・修正について
訂正・修正印も原則押印不要となります。訂正・修正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。ただし、事業主や療養担当医師などが記入する証明欄につきましては、証明者の訂正であるという確認ができない場合も想定されるため(改ざんの可能性も想定されるため)、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。
7. 振込先欄について
 - (1) 被保険者名義の口座をご記入ください。
8. その他
 - (1) その他の場合は当健保組合までお問い合わせください。