

被保険者
家族

療養費支給申請書 (はり、きゅう用)

令和 7年 11 月 5 日提出

| | | | | | |
|--|--|---|---------------|-------|----------------|
| ① 記号・番号 | 記号 | 1000 | ② 被保険者名 氏名 | 健保 太郎 | |
| | 番号 | 100 | | 生年月日 | 昭和・平成45年10月21日 |
| ③ 被保険者の 現住所 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇 | | 電話 () | | |
| ④ 事業所名称 | 〇〇運輸株式会社 | | | | |
| ⑤ 被扶養者が施術を受けた場合は、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。 | | | | | |
| 氏名 | 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 被保険者との続柄 | | |
| ⑥ 傷病名 | <input checked="" type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> 頰腕症候群 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頰椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| ⑦ 発病又は 負傷年月日 | 令和5年12月20日 | | | | |
| ⑧ 発病又は負傷 の原因 (詳細に記入) | い つ 不詳 | | | | |
| | ど こ で | | | | |
| | どのように | | | | |
| ⑨ 第三者によるものですか | はい <u>いいえ</u> 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください。 | | | | |
| ⑩ 業務中に発生したものですか | はい <u>いいえ</u> | | | | |
| ⑪ 施術を受けた 施術所 | 名称 | 〇〇はりきゅう治療院 | | | |
| | 所在地 | 〇〇市〇〇町〇番地 | | | |
| ⑫ 施術を受けた日 (○を付けてください) | 7年10月 | 12 ③ 45 ⑥ 78 ⑨ 10 11 12 13 14 ⑮ 16 17 18 19 ⑯ 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 | 【 5日間】 | | |
| | ※ 暦月単位で1月につき1枚の申請が必要となります。 | | | | |
| ⑬ 被保険者 同意欄 | 療養を受けた医療機関等に愛知県トラック事業健康保険組合が文書等により当申請内容を照会することに同意します。 | | | | |
| | 被保険者氏名 | 健保 太郎 | | | |
| ※ 同意医師へ確認させて頂くこともあります。 | | | | | |
| 備考 | 在職中の請求の場合は必ずご記入ください。 | | | | |

被保険者が記入するところ

| | | | | | |
|------------------------------|---------------------------|-----------------|--|--|--|
| に委任額 記入する 受領と領 受るべき | 本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 | | | | |
| | 令和 7年 10 月 31 日 | 被保険者(申請者) 健保 太郎 | | | |
| | 委任された者の 所在地 | 〇〇市〇〇区〇〇町〇番〇号 | | | |
| | 事業所名 | 〇〇運輸株式会社 | | | |
| | 事業主氏名 | 〇〇 〇〇 | | | |

施術内容証明書 (はり、きゅう用)

(7年 10 月分)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------|--------------|--------------------------------|-------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| ① 記号・番号 | 記号 | 1000 | ② 療養を受けた者の氏名 | 健保 太郎 | | 本人 | | | | | | | | | | | |
| | 番号 | 100 | | 生年月日 | 昭和・平成・令和45年10月21日 | 家族 | | | | | | | | | | | |
| 初療年月日 | | 施術期間 | | 実日数 | 請求区分 | | | | | | | | | | | | |
| 7年9月25日 | | 7年10月3日 ~ 7年10月20日 | | 5日 | 新規・ <u>継続</u> | | | | | | | | | | | | |
| 施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証所在地と異なる場合に記入) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | 1.神経痛 2.リウマチ 3.頰腕症候群 4.五十肩 5.腰痛症 6.頰椎捻挫後遺症 7.その他 () | | | | 転帰 <u>継続・治療中止・転医</u> | | | | | | | | | | | | |
| 初検料 | 1はり 2きゅう 3はりきゅう併用 | | 円 | | 摘要 | | | | | | | | | | | | |
| ③ 施術内容欄 はり師・きゅう師記入欄 | はり・きゅう | 施術の種類 | 1術 回 | 2術 5回 | | | | | | | | | | | | | |
| | 通所 | 1,770円 | × | 5回 | = 8,850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 (3~9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) | 100円 | | × | 5回 | = 500円 | | | | | | | | | | | | |
| 往療料 | 円 | | × | 回 | = 円 | | | | | | | | | | | | |
| 特別地域 (加算) | 円 | | × | 回 | = 円 | | | | | | | | | | | | |
| 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分) | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | 9,350円 | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術日 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | | |
| 通所○ 往療○ 訪問1① 訪問2② 訪問3③ | | | ○ | | | ○ | | | ○ | | | | | | ○ | | |
| | 10月 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| ○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、精神障害などによる外出困難 3. その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④ 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. <u>施術所所在地</u> 2. 出張専門施術者住所地 | | | | | | | | | | | | | |
| | 令和7年10月31日 | 施術所 | 所在地 | 〇〇市〇〇町〇番地 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 名称 | 〇〇はりきゅう治療院 | 氏名 | 〇〇 〇〇 | | | | | | | | | | | | |
| | 施術管理者 | 氏名 | 〇〇 〇〇 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 登録記号番号 (.) | 電話 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ 同意記録 | 同意医師氏名 | 住所 | 同意年月日 | 傷病名 | 要加療期間 | | | | | | | | | | | | |
| | 〇〇 〇〇 | 〇〇市〇〇町〇丁目〇番 | 7年9月30日 | 神経痛 | | | | | | | | | | | | | |

はり師・きゅう師記入欄

【添付書類】 ●領収書(原本) ●医師の同意書(原本) ●施術報告書(写し)
 初療日または医師の同意日から6か月の施術に対し有効となります。有効期限後の施術分には医師の再同意書を添付してください。また、施術報告書を施術者から貰い受けたときは、その写しを添付してください。
 【注意事項】 慢性病であつて医師による適当な治療手段のないものが対象です。本人からの施術希望、医療機関で治療中の傷病等は支給対象になりません。