被保険者
家　族

療養費支給申請書　（はり、きゅう用）

令和　　年　　月　　日提出

被保険者が記入するところ

① 記号・番号	記号	1000	② 被保険者氏名生年月日	健保　太郎	
	番号	100		生年月日	昭和・平成　年　月　日
③ 被保険者の現住所	〒○○○－○○○○　電話（○○○○）○○-○○○○ ○○市○○町○丁目○○				
④ 事業所名称	○○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	健保　花子	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	□神経痛　□頚腕症候群　□リウマチ　□五十肩 □腰痛症　□頚椎捻挫後遺症　□その他（　　）				
⑦ 発病又は負傷年月日	○年○月○日				
⑧ 発病又は負傷の原因(詳細に記入)	い　　つ・・・○年○月○日				
	ど　こ　で・・・自宅				
	どのように・・・				
⑨ 第三者によるものですか	はい　・　(いいえ)				
	「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　・　(いいえ)				
⑪ 施術を受けた施術所	名称	○○治療院			
	所在地	○○市○○町○-○			
⑫ 施術を受けた日(○を付けてください)	年　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 31　【　　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記入ください。

金額の受領を委任するところに記入すること

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　　年　　月　　日

被保険者(申請者)

氏　名　健保　太郎

委任された者の

所在地　○○市○○区○○町○○番

事業所名　○○運輸株式会社

事業主氏名　○○　○○

施　術　内　容　証　明　書　（はり、きゅう用）

（　　年　　月分）

被保険者欄	○被保険者資格の記号番号	○発病又は負傷年月日	○傷病名、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 (ﾌﾘｶﾞﾅ)	続柄	○業務上・外、第三者行為の有無
	男・女		（１．業務上　２．第三者行為　３．その他（　　））
	明・大・昭・平・令　年　月　日生		○施術した場所（施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載）

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	

施術内容欄				
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
	（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円×0.5×	回＝	円
	訪問施術料　１	円×	回＝	円
	（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円×0.5×	回＝	円
	訪問施術料　２	円×	回＝	円
	（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円×0.5×	回＝	円
	訪問施術料　３（３人～９人）	円×	回＝	円
	（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円×0.5×	回＝	円
	訪問施術料　４（10人～19人）	円×	回＝	円
	（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円×0.5×	回＝	円
	訪問施術料　５（20人以上）	円×	回＝	円
	（月16回以降の施術に係る50%逓減）	円×0.5×	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
	（月16回以降の施術における加算に係る50%逓減）	円×0.5×	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
明細書発行加算		円×	回＝	円
費用額計			円	
※集中率90%以上の施設等入居者（80%逓減対象）【該当の場合○】			逓減後合計額	円

施術日		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	31
通所○	訪問１①																																
	訪問２②																																
	訪問３③																																
往療◎	訪問４④																																
	訪問５⑤																																

○往療又は訪問の理由（　１．独歩による公共交通機関を使っての外出困難　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	はり師	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】●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】慢性病であっ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。）