健康保険組合の記入欄					
資格取得日	平成 ・ 令和	年	月	日
資格喪失日	平成 ・ 令和	年	月	日
扶養認定日	平成 ・ 令和	年	月	日
算出基礎		×		
支給額				円
支払年月日	令和	年	月	日

支給支払決議書			
常務理事	事務長	経理担当	給付担当
備考			

受付印

[1] ☐ 被保険者（本人）
☐ 被扶養者（家族）

療 養 費 支 給 申 請 書
（あんま･指圧･マッサージ用）

被保険者が記入するところ

[2]被保険者証の記号・番号	記号 ／ 番号	[3]在籍している事業所名	
[4]被保険者の	氏名	[5]生年月日	昭和 平成 年 月 日
[6]扶養家族の申請の場合	氏名	[7]扶養家族の生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
[8]傷病名		[9]発病・負傷の年月日	平成 令和 年 月 日
[10]状況	☐ 業務中 ☐ 通勤途中 ☐ 第三者行為 ☐ 交通事故 ☐ 自宅、自分の不注意 ☐ その他 （ ）	[11]詳細 （いつどこで何のために何をしていてどうなったか等を詳しく記載してください）	

※業務中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず勤務先と健康保険組合にご連絡ください

同意記録			
[12]診療を受けた医療機関の名称		[13]医師の同意年月日	平成 令和 年 月 日
[14]担当医師氏名		[15]医師より証明を受けた要加療期間	年 月 日 ～ 年 月 日

[16]施術を受けた施術院の名称		[17]施術に要した費用の合計	円

[18]診療を受けた	対象年月	施術日																日数
	平成 令和 年 月	通院：黒○	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
		往療：赤○	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31 日間

[19]被保険者名義の振込先金融機関	銀行 信組 ／ 金庫 農協 ／ 本店 支店 出張所 ※ゆうちょ不可	（フリガナ） （口座名義）	
預金種別	普通 ・ 当座	支店コード	口座番号

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日　　〒　　　　－

被保険者　住所
　　　　　氏名　　　　　　　　㊞
　　　　　TEL

ひかり健康保険組合理事長　殿

施術師が証明するところ

[20]傷病名		[21]施術に要した費用の合計	円

[23]施術内容						
マッサージ	躯幹	円× 回＝ 円	変形徒手強制術	円× 回＝ 円
	右上肢	円× 回＝ 円	温罨法	円× 回＝ 円
	左上肢	円× 回＝ 円	温罨法・電気光線器具	円× 回＝ 円
	右下肢	円× 回＝ 円	往療料 4km まで	円× 回＝ 円
	左下肢	円× 回＝ 円	4km 超	円× 回＝ 円
			施術報告書交付料	年 月分 円

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　　〒　　　　－

施術所の　所在地
　　　　　名称
あん摩マッサージ指圧師　氏名　　　　　　㊞
　　　　　TEL

ひかり健康保険組合理事長　殿

201905改定

必ずご確認ください

【添付書類】
☐ 実費についての「領収証」（原本）
☐ 実費についての「領収明細書」（原本）
☐ 医師の同意書（同意より6ヶ月以内の施術は、同意記録欄記入のみでも可。ただし必要項目は全て記入し、記入漏れのないようお願いします。）
☐ 施術報告書のコピー（交付がない月は添付不要）

【注意事項】
- 原則、医師の同意書は同意日より6ヶ月以内の施術に対し有効となります。有効期限後の施術は必ず医師の診察を受け、新たに同意書を取得し添付して
- 日常生活の単なる疲れ・肩こり・腰痛・体調不良等に対する施術は対象外です。
- 提出された領収書・同意書等の返却はいたしません。控えが必要な場合は必ず事前にコピーを取って保管ください。

健康保険組合の記入欄		
	資格取得日	平成 ・ 令和　年　月　日
	資格喪失日	平成 ・ 令和　年　月　日
	扶養認定日	平成 ・ 令和　年　月　日
	算出基礎	×
	支給額	円
	支払年月日	令和　年　月　日

支給支払決議書			
常務理事	事務長	経理担当	給付担当
備考			

受付印

[1] ☐ 被保険者（本人）
☐ 被扶養者（家族）

療 養 費 支 給 申 請 書
（鍼・灸用）

被保険者が記入するところ

[2]被保険者証の記号・番号	記号　　番号	[3]在籍している事業所名	
[4]被保険者の	氏名	[5]生年月日	昭和 平成　年　月　日
[6]扶養家族の申請の場合	氏名	[7]扶養家族の生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
[8]傷病名	☐ 神経症　☐ リウマチ　☐ 頚腕症候群 ☐ 腰痛症　☐ 五十肩　☐ 頸椎捻挫後遺症	[9]発病・負傷の年月日	平成 令和　年　月　日
[10]状況	☐ 業務中　☐ 通勤途中　☐ 第三者行為 ☐ 交通事故　☐ 自宅、自分の不注意 ☐ その他　（　　）	[11]詳細	（いつどこで何のために何をしていてどうなったか等を詳しく記載してください）

※業務中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず勤務先と健康保険組合にご連絡ください

同意記録				
	[12]診療を受けた医療機関の名称		[13]医師の同意年月日	平成 令和　年　月　日
	[14]担当医師氏名		[15]医師より証明を受けた要加療期間	年　月　日 ～　年　月　日

[16]施術を受けた施術院の名称		[17]施術に要した費用の合計	円

[18]診療を受けた	対象年月		施術日																日数
	平成 令和　年　月	通院：黒○	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
		往療：赤○	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日間

[19]被保険者名義の振込先金融機関	銀行　信組 金庫　農協　　本店 支店 出張所 ※ゆうちょ不可	（フリガナ） （口座名義）	
	預金種別　普通 ・ 当座　支店コード	口座番号	

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日　〒　－

被保険者　住所
氏名　㊞
TEL

ひかり健康保険組合理事長　殿

施術師が証明をするところ

[20]傷病名	☐ 神経症　☐ リウマチ　☐ 頚腕症候群　☐ その他 ☐ 腰痛症　☐ 五十肩　☐ 頸椎捻挫後遺症　（　）	[21]施術に要した費用の合計	円

[23]				
初検料	鍼 ・ 灸 ・ はりきゅう併用　円	施術報告書交付料	年　月分　円
施術内容 鍼	円×　回＝　円	鍼・灸併用	円×　回＝　円
鍼（電気鍼併用）	円×　回＝　円	鍼・灸併用（電気鍼・電気温灸器併用）	円×　回＝　円
灸	円×　回＝　円	往療料　4km まで	円×　回＝　円
灸（電気温灸器併用）	円×　回＝　円	4km 超	円×　回＝　円

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　〒　－

施術所の　所在地
名称
はり師・きゅう師　氏名　㊞
TEL

ひかり健康保険組合理事長　殿

201905改定

必ずご確認ください

【添付書類】
☐ 実費についての「領収証」（原本）
☐ 実費についての「領収明細書」（原本）
☐ 医師の同意書（同意より6ヶ月以内の施術は、同意記録欄記入のみでも可。ただし必要項目は全て記入し、記入漏れのないようお願いします。）
☐ 施術報告書のコピー（交付がない月は添付不要）

【注意事項】
- 原則、医師の同意書は同意日より6ヶ月以内の施術に対し有効となります。有効期限後の施術は必ず医師の診察を受け、新たに同意書を取得し添付して
- 日常生活の単なる疲れ・肩こり・腰痛・体調不良等に対する施術は対象外です。
- 提出された領収書・同意書等の返却はいたしません。控えが必要な場合は必ず事前にコピーを取って保管ください。

記入例

【記入する際の注意】
- 黒のボールペンで記入してくだ:※鉛筆、修正テープ、消えるボールペンは使用しないでください。
- 記入内容を訂正する場合は、間違えた部分に二重線を引いてご本人の印鑑を押してください。　例）〒×××~~○○○~~△△△（光）

健康保険組合の記入欄				
資格取得日	平成・令和　年　月　日	支給支払決議書		
資格喪失日	平成・令和　年	事務長	経理担当	給付担当
扶養認定日	平成・令和　年			
算出基礎	×			
支給額		備考		
支払年月日	令和　年　月　日			

健康保険組合の記入欄

受付印

[1]療養を受けた対象者を選択してください。

[1] ☑ 被保険者（本人）　☐ 被扶養者（家族）

療養費支給申請書（鍼・灸用）

[2]記号と番号
[3]事業所名は保険証に記載されています。

[6]と[7]は、対象者が被扶養者（家族）の場合、記入してください。

被保険者が記入するところ

[2]被保険者証の記号・番号	記号 1　番号 12345	[3]在籍している事業所名	株式会社●×通信
[4]被保険者の	氏名 光　太郎	[5]生年月日	(昭和)・平成 54 年 10 月 31 日
[6]扶養家族の申請の場合	氏名	[7]扶養家族の生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
[8]傷病名	☐ 神経症　☐ リウマチ　☑ 頸腕症候群 ☐ 腰痛症　☐ 五十肩　☐ 頸椎捻挫後遺症	[9]発病・負傷の年月日	平成・(令和) 1 年 4 月 2 日
[10]状況	☐ 業務中　☐ 通勤途中　☐ 第三者行為 ☐ 交通事故　☑ 自宅、自分の不注意 ☐ その他（　）	[11]詳細	（いつどこで何のために何をしていてどうなったか等を詳しく記載してください）

※業務中、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず勤務先と健康保険組合にご連絡ください

同意記録				
[12]診療を受けた医療機関の名称	××整形外科医院	[13]医師の同意年月日	平成・(令和) 1 年 4 月 3 日	
[14]担当医師氏名	健康　花子	[15]医師より証明を受けた要加療期間	平成31 年 4 月 3 日 ～令和1 年 9 月 30 日	

[16]施術を受けた施術院の名称	ひかり鍼灸院	[17]施術に要した費用の合計	3,050 円

[18]診療を受けた

対象年月		施術日																日数
(平成)・令和 31 年 4 月	通院：黒○ 往療：赤○	1	2	3	(4)	5	6	7	8	9	10	(11)	12	13	14	15		4 日間
		16	17	(18)	19	20	21	22	23	24	(25)	26	27	28	29	30	31	

[19]被保険者名義の振込先金融機関	■■■　(銀行)・信組・金庫・農協　×××　本店・(支店)・出張所 ※ゆうちょ不可	（フリガナ）	ヒカリ　タロウ
		（口座名義）	光　太郎
預金種別	(普通)・当座　支店コード 1 2 3	口座番号	9 8 7 6 5 4 3

上記のとおり申請します。

令和 1 年 5 月 7 日

〒 ○○○ - □□□□

住所 東京都豊島区○○町×××ー△△

被保険者　氏名 光　太郎　（光）

TEL 090 － ○○○○ － ××××

ひかり健康保険組合理事長　殿

施術師が証明をするところ

[20]傷病名	☐ 神経症　☐ リウマチ　☐ 頸腕症候群　☐ その他 ☐ 腰痛症　☐ 五十肩　☐ 頸椎捻挫後遺症（　）	[21]施術に要した費用の合計	円

[23]				
初検料	鍼・灸・はりきゅう併用　円	施術報告書交付料	年　月分	円
施術内容 鍼	円×　回＝　円	鍼・灸併用	円×　回＝	円
鍼（電気鍼併用）	円×　回＝　円	鍼・灸併用（電気鍼・電気温灸器併用）	円×　回＝	円
灸			円×　回＝	円
灸（電気温灸器併用）			円×　回＝	円

施術師の記入欄

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。

年　月　日　〒　－

施術所の　所在地
名称
はり師・きゅう師　氏名　㊞
TEL

ひかり健康保険組合理事長　殿

201905改定