

療養費支給申請書（はり・きゅう用）

☐ 被保険者（本人）
☐ 被扶養者（家族）

- ・ 給付の対象となるのは、医師の同意を得て行った鍼灸師の施術のうち
神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症の6疾患で
当組合が認めた場合に限りです。
- ・ 提出された領収書・同意書等の返却は出来ません。
控えが必要な場合は必ず事前にコピーをおとりください。

添付書類	① 施術所で支払った際の領収書（原本）
	② 医師の同意書（原本） ※同意から6ヶ月以内の施術は同意記録欄に記入のみでも可
	③ 施術報告書のコピー（交付がない月は添付不要）
	④ 往療状況確認表（通院の場合は不要）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ （ 記 入 方 法 は 3 枚 目 の 記 入 例 を ご 確 認 く だ さ い ）	[1] 被保険者証 の記号・番号		記号		番号		[2] 事業所の 名称																				
	[3] 被保険者の 氏名						[4] 被保険者の 生年月日		昭和 平成		年		月		日												
	[5] 被扶養者の 氏名						[6] 被扶養者の 生年月日		昭和 平成 令和		年		月		日												
	[7] 傷病名		☐ 神経症 ☐ 腰痛症		☐ リウマチ ☐ 五十肩		☐ 頸腕症候群 ☐ 頸椎捻挫後遺症		[8] 発病・負傷 の年月日		平成 令和		年		月		日										
	[9] 原因		☐ 業務中 ☐ 通勤途中 ☐ 第三者行為 ☐ 自宅 ☐ 病気 ☐ その他（ ）																								
	詳細		何のために何をしていたのかなど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	[9] 診療を受けた 医療機関の名称						[11] 同意日		令和		年		月		日											
		[10] 担当医師氏名						[12] 要加療 期間		令和		年		月		日から 日まで											
		[13] 施術を受けた 期間・日数		令和 令和		年 年		月 月		日から 日まで		(日数) 日間		[14] 施術に要した 金額		円											
	[15] 振込先 ※被保険者名義		銀行 信組 金庫 農協				本店 支店 出張所		(フリガナ) (口座名義)				口座番号														
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 〒 - ひかり健康保険組合理事長 殿 住所 被保険者 氏名 ⑩ TEL																											

施 術 師 が 証 明 す る と こ ろ	[16] 傷病名		☐ 神経症 ☐ 腰痛症		☐ リウマチ ☐ 五十肩		☐ 頸腕症候群 ☐ 頸椎捻挫後遺症		[17] 初療の 年月日		平成 令和		年		月		日									
	[18] 施術期間		対象期間		自・令和 年 月 日 ～ 至・令和 年 月 日		通所：○ 往療：● 訪問1：① 訪問2：② 訪問3：③		施術日 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																	
	実日数		日間		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、精神障害などにより独歩による外出困難 3.その他（ ）																			
	初検料		1. はり 2. きゅう 3. はりきゅう併用		円		施術の種類		1術 回		2術 回															
	施術料		通所 円 × 回 = 円		円		電療料（1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具） 円 × 回 = 円																			
	訪問施術料 1		円 × 回 = 円		円		特別地域 円 × 回 = 円																			
	訪問施術料 2		円 × 回 = 円		円		往療料 円 × 回 = 円																			
	訪問施術料 3 (3名～9名)		円 × 回 = 円		円		施術報告書交付料（令和 年 月分） 円																			
	訪問施術料 3 (10名以上)		円 × 回 = 円		円		合計額 円																			
	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 〒 - ひかり健康保険組合理事長 殿 所在地 施術所 名称 施術管理者氏名 TEL ⑩																									

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	給付担当2	給付担当1
備考			

受付日付印

☐ 被保險者 (本人)

☐ 被扶養者 (家族)

- 添付書類

- ① 施術所で支払った際の領収書（原本）
- ② 医師の同意書（原本）
※同意から6ヶ月以内の施術は同意記録簿に記入のみでも可（変形徒手矯正術を除く）
- ③ 施術報告書のコピー（交付がない月は添付不要）
- ④ 往療状況確認表（通院の場合は不要）

被保険者が記入するところ（記入方法は3枚目の記入例をご確認ください）

施 術 師 が 証 明 を す る と こ ろ

支給支払決議書			
常務理事	事務長	経理担当	給付担当
備考			

受付日付印

【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被保険者の印鑑を押してください。

療養費支給申請書（はり・きゅう用）

☐ 被保険者（本人）
☒ 被扶養者（家族）

- ・ 給付の対象となるのは、医師の同意を得て行った鍼灸師の施術のうち神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症の6疾患で当組合が認めた場合に限りです。
- ・ 提出された領収書・同意書等の返却は出来ません。控えが必要な場合は必ず事前にコピーをおとりください。

添付書類

- ① 施術所で支払った際の領収書（原本）
- ② 医師の同意書（原本）
※同意から6ヶ月以内の施術は同意記録欄に記入のみでも可
- ③ 施術報告書のコピー（交付がない月は添付不要）
- ④ 往療状況確認表（通院の場合は不要）

[1] 記号・番号

[2] 事業所の名称は
保険証に記載されていま
す。

[5][6] 対象者が被扶養
者（家族）の場合は、記
入してください。

[16]被保険者名義の口
座を記入してください

[1] 被保険者証 の記号・番号	記号	1	番号	1234	[2] 事業所の 名称	株式会社□□□										
[3] 被保険者の 氏名	光 太郎				[4] 被保険者の 生年月日	昭和 平成	50	年	1	月	23	日				
[5] 被扶養者の 氏名	光 花子				[6] 被扶養者の 生年月日	昭和 平成 令和	51	年	4	月	5	日				
[7] 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				[8] 発病・負傷 の年月日	平成 令和	6	年	7	月	8	日				
[9] 原因	☐ 業務中 ☐ 通勤途中 ☐ 第三者行為 ☒ 自宅 ☐ 病気 ☐ その他（ ）															
詳細	何のために何をしていたどうなったかを詳しく記載してください 日々の生活で疲労が積み重なり悪化した ※業務中、通勤路上、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	[9] 診療を受けた 医療機関の名称	〇〇整形外科				[11] 同意日	令和	6	年	7	月	9	日			
	[10] 担当医師氏名	健康 三郎				[12] 要加療 期間	令和	6	年	7	月	9	日から			
							令和	6	年	12	月	31	日まで			
[13] 施術を受けた 期間・日数	令和	6	年	7	月	9	日から	(日数)	3	日間	[14] 施術に要した 金額	8,410		円		
	令和	6	年	7	月	29	日まで									
[15] 振込先 ※被保険者名義	〇〇〇	銀行	信組	金庫	農協	□□□□	本店	(フリガナ) (口座名義)	ヒカリ タロウ							
							支店	光 太郎								
	預金種別	(普通)	・	当座	支店コード	1	2	3	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
上記のとおり申請します。 令和 6 年 10 月 1 日 : 170 - 0021 ひかり健康保険組合理事長 殿 住所 東京都豊島区西池袋〇〇-〇〇 被保険者 氏名 光 太郎 ⑧ TEL 080-0000-0000																

[16] 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	[17] 初療の 年月日	平成 令和	年	月	日										
[18] 施術期間	対象期間 自・令和 年 月 日 至・令和 年 月 日	通所：○ 往療：◎ 訪問1：① 訪問2：②	施術日 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													
初検料	回															
施術料	円															
上記のとおり	円															
令和	ひかり健康保険組合理事長 殿															
所在地	施術所 名称 施術管理者氏名 TEL															

各月最後の受診日に
施術所で記入してもらってください