

# 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] 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	<input type="checkbox"/> 神経症 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 業務中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
		詳細	何のために何をしてい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	[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 令和 年 月 日まで	
		[13] 施術を受けた期間・日数	令和 年 月 日から (日数) 令和 年 月 日まで	[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)	
		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 千 円 - ひかり健康保険組合理事長 殿 住所 被保険者 氏名 TEL					

施術師が証明するところ	[16] 傷病名	<input type="checkbox"/> 神経症 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 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 実日数 日間																																			
		通所：○ 往療：◎	1. 独歩による公共交通機関を便するの外出困難   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（ ）																																			
		訪問1：① 訪問2：② 訪問3：③	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>16</th><th>17</th><th>18</th><th>19</th><th>20</th><th>21</th><th>22</th><th>23</th><th>24</th><th>25</th><th>26</th><th>27</th><th>28</th><th>29</th><th>30</th><th>31</th> </tr> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>					16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31															
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																						
	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	電療料（1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具）																																	
		訪問施術料 1	円 × 回 =	円	円 × 回 = 円																																	
		訪問施術料 2	円 × 回 =	円	特別地域 円 × 回 = 円																																	
訪問施術料 3 (3名~9名)		円 × 回 =	円	往療料 円 × 回 = 円																																		
訪問施術料 3 (10名以上)	円 × 回 =	円	施術報告書交付料（令和 年 月分） 円																																			
	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。					合計額 円																																
	令和 年 月 日 千 円 - 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																																					

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



【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・きゆう用）

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  
健康保険証、資格情報  
のお知らせ、資格確認書  
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] 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	<input type="checkbox"/> 神経症 <input type="checkbox"/> リウマチ <input checked="" type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 業務中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
詳細	何のために何をしていたらどうなったかを詳しく記載してください <b>日々の生活で疲労が積み重なり悪化した</b> <small>※業務中、通勤途中、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</small>					
[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 令和 6 年 7 月 29 日まで		[14] 施術に要した 金額	8,410 円		
[15] 振込先 ※被保険者名義	〇〇〇 銀行 〇〇〇〇		本店 支店 出張所	（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	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 印 TEL 080-0000-0000						

[16] 傷病名	<input type="checkbox"/> 神経症 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 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	通所：○ 往療：◎ 訪問1：① 訪問2：②				
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	印	

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