

施術を受けた方

療養費支給申請書（31年 4月分）（はり・きゅう用）

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号										○発病又は負傷年月日										○傷病名（医師の同意を受けた傷病名）																													
	6 6 6 - 3 4										2 5 年 4 月 1 日										(医師の同意を受けた傷病名を記載)																													
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名 (別が)ケンセツ ハナコ 建設 花子										続 柄										○発症又は負傷の原因及びその経過																													
											1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()										(いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したかを記載)																													
昭・平 4 6 年 1 0 月 1 日生										○業務上・外、第三者行為の有無										1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																														
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日										施 術 期 間										実 日 数										請 求 区 分																			
	平成 年 月 日										自・平成 年 月 日～至・平成 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																													
	初 検 料																				摘 要																													
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用										円										※施術管理者以外が施術した場合に記入																													
	施 術 料										円 × 回 = 円										施術者氏名																													
	はり										円 × 回 = 円										施術日 . . . 日																													
	きゅう										円 × 回 = 円																																							
	はり・きゅう併用										円 × 回 = 円																																							
電療料										円 × 回 = 円										※往療を必要とした場合に記入																														
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気刺激器										円 × 回 = 円										往療日 . . . 日																														
往 療 料										4 km まで 円 × 回 = 円										往療を必要とした理由																														
往 療 料										4 km 超 円 × 回 = 円																																								
施術報告書交付料（前回支給： 年 月分）										円 × 回 = 円																																								
費 用 額 計										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																														
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																													
	平成 年 月 日										所在地																																							
	はり師免許登録番号										施術所名																																							
	きゅう師免許登録番号										施術管理者名										☎ 電話																													
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。										〒231- 0011																																							
	平成 3 1 年 4 月 3 0 日										被保険者 住 所 横浜市中区太田町2-22																																							
県建設業健康保険組合理事長 殿										(請求者) 氏 名 建設 太 郎 ☎ 電話 045-201-9446																																								
支 払 機 関 欄	預金の種類										金融機関名										本店										支店番号																			
	1. 普通 2. 当座										みずき										銀行 金庫 関 内 支店 農協 出張所										※必ずご記入ください。																			
口座名義										ケンセツ タロウ										口座番 号										1 2 3 4 5 6 7																				
カタカナで記入																																																		
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									
	健康 一郎										横浜市南区健康町1-1										平成31年 4 月 1 日										リウマチ										平成31年 4月1日～									

<記入にあたっての注意事項>

- ・ 申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・ 二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・ 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・ 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

<提出の流れ>被保険者 → 直接 健康保険組合へ提出してください

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

<その他添付書類（該当する場合）>

- ☐ 医師の同意書（原本） ☐ 施術報告書（写し） ☐ 往療状況確認表 ☐ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

お問い合わせ先

神奈川県建設業健康保険組合 業務課

TEL. 045-201-9446

2019年4月版