

療養費支給申請書（本人・家族） 令和 年 月分 （はり・きゅう用）

被 保 険 者 (本人) 記 入 欄	被保険者証の記号と番号		発病又は負傷年月日		傷病名(医師の同意を受けた傷病名)	
	—		令和 年 月 日			
	施術を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄		発症又は負傷の原因及びその経過	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	1.本人 2.配偶者 3.子 4.()		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	
振 込 口 座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。④口座情報の反映には登録から数日を要します (利用する場合はチェック☑してください。利用しない場合は下記の口座欄を記入してください。)					
 銀行 信金 その他(.....) 支店 フリガナ 普通預金 口座番号..... 口座名義人(被保険者).....					
この申請書記載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。 令和 年 月 日 住所 ツカモトグループ健康保険組合理事長 殿 被保険者(請求者) 氏名 平日昼間の連絡先電話番号(- -)						

施 術 者 記 入 欄	被保険者証の記号番号	—	施術を受けた者の氏名	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日		
	初療年月日		施術期間		実日数	請求区分	
	令和 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 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()			転帰 継続・治癒・中止・転医	
	初検料		1. はり 2. きゅう 3. はりきゅう併用	円	摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入		
	施 術 内 容 欄	はり		円 × 回 = 円	施術者氏名		
		きゅう		円 × 回 = 円	施術日 日		
		はり・きゅう併用		円 × 回 = 円	※往療を必要とした場合に記入		
	往 療 料	4kmまで		円 × 回 = 円	往療日 日		
		4km超		円 × 回 = 円	往療を必要とした理由		
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	通院○ 往療◎	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. 出張専門施術者所在地			
	令和 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		施術者名 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
			電話番号 ()		令和 年 月 日		

記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。二重線の近くに証明者による署名(フルネーム)又は押印をお願いします。

- 添付書類
- * 「施術に要した費用の領収書」原本(10割を支払った領収書、宛名は施術を受けた人の氏名、領収印があるもの)
 - * 初回は「主治医の同意書」原本
 - * その他の添付書類(往療が行われた場合など)については、支給申請案内をご覧ください。

※往療が行われた場合は記入をお願いします。

<別紙>

往療状況確認表

令和 年 月分 施術者氏名： _____

受療者氏名： _____

往療先住所： _____ ※施設へ入所の場合は施設の住所

※施設への入所の場合：施設名称（ _____ ）施設種別（ _____ ）

日	同一日・同一建物記入欄	往療の起点 (出発点または先順位住所)	施術開始時間	起点からの直線距離 (地図上の直線距離)
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

<往療を必要とする理由>

1. 独歩による公共交通機関等を使っての外出が困難
2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難
3. その他（ _____ ）

<介護保険の要介護度>（ 1. 2. 3. 4. 5 ）分かれば記載下さい。

医療機関等への受診方法についてお知らせください。

1. 独歩
 2. 往診
 3. 車椅子等（ _____ ）
- 付き添い（ア. 有り イ. 無し）

- 注
- ・施設種別とは、特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護療養型医療施設・グループホーム・ショートステイなど
 - ・同上の場合は、「同上」や「〃」との記入で差し支えない。
 - ・同一日・同一建物記入欄には、同一日に同一建物への往療に該当する場合であって、当該患者について往療料を算定している場合には「◎」を、算定していない場合には「○」を記入すること。
 - ・往療の起点については、個人宅は丁目までの記載で可とする。
 - ・個人情報の取り扱いには、十分注意すること。

※ 記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。
二重線の近くに施術師の署名(フルネーム)又は押印をお願いします。