

<提出は 事業所経由⇒健康保険組合へ(任意継続者は直接健保)>

常務理事	事務長		係

法定給付費	円
付加給付費	円
合計支給額	円

療 養 費 支 給 申 請 書 (はり・きゅう用) 【 年 月分】 本人・家族

※当申請書は、施術所ごと・1ヵ月ごと・受診者ごとに1枚必要です。

被 保 険 者 欄	○被保険者資格の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過	
	—		年 月 日			
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)		続 柄	○業務上・外、第三者行為の有無	
		男 ・ 女			(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他())	
		昭・平・令 年 月 日生			○施術した場所(施設等)に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載)	
申 請 欄	以下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。その金額の受領を事業主に委任します。 年 月 日					
	レンゴー健康保険組合 理事長 殿		申請者 (被保険者)		住所 氏名	電話

※以下記入に代えて、施術所で作成した療養費支給申請書添付でも可。

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間																		実日数		請 求 区 分																			
	() 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						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(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)		円																												摘 要											
	施 術 料	はり・きゅう	通所		円 × 回 = 円																																					
			(月16回以降の施術に係る50%減)		円 × 0.5 × 回 = 円																																					
			訪問施術料 1		円 × 回 = 円																																					
			(月16回以降の施術に係る50%減)		円 × 0.5 × 回 = 円																																					
			訪問施術料 2		円 × 回 = 円																																					
			(月16回以降の施術に係る50%減)		円 × 0.5 × 回 = 円																																					
			訪問施術料 3(3人～9人)		円 × 回 = 円																																					
			(月16回以降の施術に係る50%減)		円 × 0.5 × 回 = 円																																					
			訪問施術料 4(10人～19人)		円 × 回 = 円																																					
			(月16回以降の施術に係る50%減)		円 × 0.5 × 回 = 円																																					
			訪問施術料 5(20人以上)		円 × 回 = 円																																					
			(月16回以降の施術に係る50%減)		円 × 0.5 × 回 = 円																																					
			電療料(加算／ 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)		円 × 回 = 円																																					
			(月16回以降の施術における加算に係る50%減)		円 × 0.5 × 回 = 円																																					
	特 別 地 域(加 算)		円 × 回 = 円																																							
	往 療 料		円 × 回 = 円																																							
	施術報告書交付料(前回支給： 年 月分)		円 × 回 = 円																																							
	明 細 書 発 行 加 算		円 × 回 = 円																																							
	費 用 額 計		円																																							
	※集中率90%以上の施設等入居者(80%減対象)【該当の場合○】														通減後合計額 円																											
施術日	訪問1①	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									
通所○	訪問2②																																									
	訪問3③																																									
往療◎	訪問4④ 訪問5⑤																																									
○往療又は訪問の理由(1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難 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())																																										
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。 令和 年 月 日																		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																			
	免許登録番号 _____ はり師 住 所 _____ 免許登録番号 _____ きゅう師 氏 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																	
													年 月 日																													

《添付書類》

1. 領収証(原本)
2. 医師の同意書(原本) ※口頭同意・無診察同意不可
●初診時と以降半年ごとに必要
3. 往療が行われた場合は、往療を必要とした理由を記入してください。

受付日付印