

被保険者・被扶養者 療養費支給申請書 〈 回目〉
(はり・灸・あんま・マッサージ)〔その1〕

常務理事	事務長	課長	担当者

▼支給決定 下記のとおり、支給してほしいか。

22	あんま	円	73	一部負担還元金	円
23	はり・灸	円	74	家族療養付加金	円
53	高額療養費	円	75	合算高額療養費付加金	円
54	家族高額療養費	円			
55	合算高額療養費	円			

支給 合計金額	円
支給決定 年月日	令和 年 月 日
支給予定 年月日	令和 年 月 日

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	※注3 被保険者等記号・番号が不明な場合にのみ マイナンバーを記入		
	氏 名	被保険者の マイナンバー		
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 年 月 日	申請年月日	令和 年 月 日
	住民票住所	〒 - TEL - -		

施 術 を う け た 方	フリガナ	今回申請 した理由			施術費用を 全額自己負担したため
	氏 名	発症または 負傷年月日			令和 年 月 日
	性 別	1. 男 2. 女	被保険者から みた続柄 (長男等)	療養に至った 傷病名等	
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 年 月 日	療養に要し た費用の額		円
	施術に同意した 医師の氏名	同意した 診察日			令和 年 月 日
	診療内容				
	診療の期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 までの 日間			
	傷病の原因	1. 工作中以外(業務外)の傷病 2. 工作中(業務上)の傷病 3. 通勤途中での傷病			
	労働災害または通勤災害の認定を受けていますか？			1. はい 2. 申請中 3. 未申請	
	傷病の原因は外傷によるものですか？			1. はい 2. いいえ	
	「負傷原因報告書」は提出済ですか？			1. はい 2. いいえ	
	傷病の原因は第三者行為によるものですか？			1. はい 2. いいえ	
	「負傷原因報告書」と「第三者行為による傷病届」は提出済ですか？			1. はい 2. いいえ	

申 請 ・ 受 領 委 任 欄	申請(受領委任)者は被保険者です。				
	被保険者氏名				この給付金の受領を下記の者に委任します。
	日中に連絡が とれる電話番号	- -			事業所名称
	受領委任 年月日	令和 年 月 日			受領責任者 役 職 名 受領責任者 氏 名

【注意事項】

1. この申請は、被保険者または被扶養者が健康保険の対象となる傷病で、医師がはり・灸・あんま・マッサージの施術について同意している場合、窓口で施術費用の全額を支払ったときに提出してください。
2. 選択欄は該当する数字を記入するか、○を記入してください。
3. 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーを記入してください。
被保険者等記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書で確認できます。
4. この申請書に領収証・領収明細書（原本）を添付してください。
5. 初回申請時には、医師の同意書を添付してください。
健康保険を使って継続して施術を受ける場合は、6か月ごとに文書による同意が必要です。
6. 申請の種類が「はり・灸・あんま・マッサージ」の場合、施術所の様式もしくは当組合の様式「療養費支給申請書（はり・灸・あんま・マッサージ）〔その2〕・〔その3〕」に証明を受けたものを添付してください。
7. この申請が外傷病名の場合、負傷原因報告書を必ず提出してください。
第三者行為や労働災害、通勤災害によるものの場合は、支給対象としません。
8. 被保険者がお亡くなりになっている場合、法定相続人が申請・受領委任欄の被保険者氏名欄に法定相続人の氏名を、また、その氏名の横に法定相続人と被保険者との具体的な続柄を記入してください。

被保険者等 記号・番号		-				対象者 氏名																申請区分		・新規・継続・転帰 ・治癒・中止・転医	
傷病名		・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 ・その他 ()				診療 開始日		令和 年 月 日														療養に要 した費用 (領収額)		円	
施術月日 通院 ○ 往療 ◎		令和 年 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	の		日間			

施術内容				
マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×	回＝	円
	右 上肢	円×	回＝	円
	左 上肢	円×	回＝	円
	右 下肢	円×	回＝	円
	左 下肢	円×	回＝	円
変形徒手矯正術	肢×	円×	回＝	円
温電法		円×	回＝	円
温電法・ 電気光線器具		円×	回＝	円
合計		円		

初検料		・ はり・ きゅう・ はり、 きゅう 併用		円
施術料	はり		円 × 回 =	円
	きゅう		円 × 回 =	円
	はり、 きゅう 併用		円 × 回 =	円
	電療料	・ 電気針・ 電気温灸器・ 電気光線器具	円 × 回 =	円
往診料		・ 4 k m まで ・ 4 k m 超え	円 × 回 =	円
施術報告書交付料		前回支給： 年 月分	円 × 回 =	円
合計				円

施 術 明 欄	保健所登録区分	・ 施術所所在地 ・ 出張専門施術者住所地	上記のとおり施術を行いました。 令和 年 月 日
	免許登録区分	・ はり師免許	所 在 地
		・ きゅう師免許	名 称
		・ あん摩マッサージ指圧師	施 術 管 理 者 名
	免許登録番号		電 話 番 号

【記入方法】

- 1.申請書は暦月を単位として作成してください。
- 2.太枠内の「施術内容欄」「施術証明欄」は、施術管理者に記入を依頼してください。
- 3.該当する場合は下記の書類を添付してください。
☐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

療養費支給申請書（はり・灸・あんま・マッサージの往療状況確認表）〔その3〕

被保険者等 記号-番号	-	施術を 受けた者		診療 開始日	令和 年 月
施術者 氏名		施術入所の 場合、施設名		施設の 種別	
往療先住所 (入所施設住所)				出張専門の 施術者の場合	

往療日	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				
円				

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	わかれれば記載してください 1. 2. 3. 4. 5	医療機関等への受診方法	1. 独歩 2. 往診 3. 車椅子等 ()	付き添いの有無	1. 有 2. 無	

【注意事項】

- ・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「〃」との記載で差し支えない。
- ・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「○」を記入してください。
- ・往療の起点については、個人宅は丁目までの記載で可とします。
- ・個人情報の取り扱いには、十分ご注意ください。
- ・出張専門の施術者の場合は、「出張専門の施術者の場合欄」に○を記入してください。