

# 健康保険 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書 (その1)

健保支給決定欄	支給決定年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	参事補	担当者
	項目	コード	支給金額			
	療養費	20	円			
	第二家族療養費	20	円			
	一部負担還元金	73	円		該当時のみ	高額・付加支給時のみ
	家族療養付加金	74	円		・6未 ・高7 ・高8	標準報酬月額
	高額療養費	53	円		・はり灸 ・あんまマッサージ	千円
	合算高額療養費	75	円			
支給合計額			備考			
			¥	円		

証記号	証番号	被保険者氏名	請求印	①		
申請対象者氏名	性別	1. 男 2. 女	被保険者との続柄	診療費	円	
生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 年 月 日	申請の原因 発病又は負傷の原因は業務上や第3者行為によるものですか	1. はい 2. いいえ	ケガの場合、負傷原因報告書要添付。既に提出済ならば提出済に○を記入	提出済	
療養の給付を受けることが出来なかった理由	1. 保険医又は保険者の指定するものがない地域での受診事由の発生。 ※(その2)添付 2. やむを得ない理由により保険医外の医師に受診。 ※様式(診療報酬明細書)添付 3. 伝染病予防法により収容され、当然受けるべき療養の給付を受けなかったとき。 4. 歩行補助器、コルセット、関節固定器等の治療材料を必要とするとき。 5. 被保険者証の交付手続き中のとき。 ※様式(診療報酬明細書)添付 6. 輸血のための生血代を支払ったとき。 7. はり、灸、あんま、マッサージ、指圧を受けたとき。 ※様式(その3)添付 8. その他 ( )					
傷病名	※はり、灸、あんま、マッサージ、指圧に使用の場合は、医師の同意を受けた傷病名を記入してください。					
診療内容						
診療期間	7. 平成 9. 令和 年 月 日 ~	7. 平成 9. 令和 年 月 日 の 日間				
医療機関等名称	医療機関等所在地	〒	-			
医師氏名	電話番号	電話番号 - -				
受領委任欄	この給付金の受領を下記に委任します。 (事業所) 事業所の受領責任者 (氏名) ①		受領委任年月日	7. 平成 9. 令和 年 月 日		
			被保険者氏名・受領委任印	①		

- 【注意事項】
- この申請書に添付する領収証と医師の証明は原本を提出してください。
  - この申請書は事業所を経て提出してください。(任意継続の場合は受領委任抜きで直接健保に送付)
  - 業務上の理由、第三者行為、怪我による申請は、必ず負傷原因報告書をご提出ください。

# 療養費支給申請書 〈 診療報酬明細書 〉

(その2)

証 記号		証 番号		患者氏名		一点 当たり 単価		円
傷病名				診療区分	1. 医科 2. 歯科 3. 調剤 4. その他 ( )	入院 外来 区分	1. 入院 2. 外来	
診療期間	7. 平成	～		7. 平成				
	9. 令和	年	月	日	9. 令和	年	月	日 の 日間

診療の内訳		診療内容 (詳細に記入下さい)		単価 (点)	金額 (円)	
初診	時間外・休日・深夜	回				
再診	再診	×	回			
	外来管理加算	×	回			
	時間外	×	回			
	休日	×	回			
	深夜	×	回			
医学管理						
在宅	往診	回				
	夜間	回				
	深夜・救急	回				
	在宅患者訪問診療	回				
	その他 薬剤					
投薬	内服・薬剤	単位	調剤	回		
	頓服・薬剤	単位	調剤	回		
	外用・薬剤	単位	調剤	回		
	処方			回		
	調基			回		
注射	皮下筋肉内	回				
	静脈内	回				
	その他	回				
処置		回				
	薬剤	回				
手術麻酔		回				
	薬剤	回				
検査		回				
	薬剤	回				
画像診断		回				
	薬剤	回				
その他	処方せん	回				
	薬剤	回				
合計						

医療 機関 証明 欄	上記のとおり診療を行い、その費用を領収しました。
	令和 年 月 日 所在地
	名称
	医師の氏名
	連絡先

印

# 療養費支給申請書 〈はり、きゅう、あんま・マッサージ用〉 (その3)

証 記号		証 番号		請求月 (施術月)	7.平成 9.令和 年 月
施術を 受けた者		被保険者 との続柄		支払金額	円

	初療 年月日	7.平成 9.令和 年 月 日	請求区分	1.新規 2.継続 3.転記 4.治癒 5.中止 6.転医																													
	傷病名 (症状)	1.神経痛 2.リウマチ 3.頰腕症候群 4.五十肩 5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他 ( )																															
	施術期間	7.平成 9.令和 年 月 日 ~					7.平成 9.令和 年 月 日 の 日間																										
	施術日 通院○ 往療◎	7.平成 9.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
施術内容欄	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																												
	温罨法		円 × 回 = 円																														
	温罨法・電気光線器具		円 × 回 = 円																														
	初検料		1.はり 2.きゅう 3.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		1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具 円 × 回 = 円																															
往療料		1.「4 km」まで 2.「4 km」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																															
施術証明欄	保健所 登録区分	1. 施術所所在地		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 所在地 施術所名称 施術管理者名 連絡先																													
		2. 出張専門施術者住所地																															
	免許 登録区分	1. はり師免許																															
		2. きゅう師免許																															
	3. あん摩マッサージ指圧師																																
免許登録番号																																	

**【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 〈 往療状況確認表 〉

(その4)

施術月	7. 平成 9. 令和	年	月分	施術者氏名	施術を受けた者
往療先住所 (入所施設住所)					施設入所の場合施設名
					施設の種別

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				
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つての外出が困難 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	判れば記載して下さい 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つて、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。