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、支給してよろしいか

		* ><\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\
21	あんま	円
22	はり・灸	円
73	一部負担還元金	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	円

	ト記のとおり、支流	給してより	ろしいか。	>	
	支給 合計金額				円
	支給決定 年月日	令和	年	月	日
Į.	支給予定 年月日	令和	年	月	日

	被保険者等	_	※注3 袖	皮保険者等記号・番号が不明な場合にのみ マイナンバーを記入
被保	記号・番号 氏 名		被保険者の マイナンバー	マイナンハーを記入
険 者	生年月日	5. 昭和 7. 平成 年 月 日	申請年月日	令和 年 月 日
欄	住民票住所	〒 - Tel	-	-
	- 11 4° 1		今回申請	施術費用を
	フリガナ		した理由	全額自己負担したため
	氏 名		発症または	
	10 11		負傷年月日	令和 年 月 日
	14L DII	被保険者から 1.男 は保険者から	療養に至った	
	性 別	2. 女 みた続柄 (長男等)	傷病名等	
施	4	5. 昭和	療養に要し	
術	生年月日	7. 平成 9. 令和 年 月 日	た費用の額	円
	施術に同意した		同意した	A /
う	医師の氏名		診察日	令和 年 月 日
け た	診療内容			
方	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. 仕事中以外(業務外)の傷病 2. 仕事	中(業務上)の傷物	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
	傷病の原因は外位	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
	傷病の原因は第二	三者行為によるものですか?		1. はい 2. いいえ
	「各作百田恕生	聿」と「第三老行為による復忘届」け埋山落です♪	1) 2	1 1+1 2 1117

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

【注意事項】

- I. 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し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。

療養費支給申請書(はり・灸・あんま・マッサージ)〔その2〕

被保険者記号-番		-							象者 名								申請	区分		規・継続	
傷病名	・五	 ・リウマチ ・腰痛症		頁腕症 隹捻挫	候群 後遺掘	註)		診開如	療台日	令和		年		月		日		に要 費用 又額)			円
施術月日 通院 〇				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
往療 ◎	令 利	年	月	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	の	日間

	施術内容			
	躰 幹	円	× 🗖 =	= 円
	右 上肢	円	× 🔟 =	= 円
マ ッ サ ー ジ	左 上肢	円	× 🗈 =	- 円
	右 下肢	円	× 🗈 =	= 円
	左 下肢	円	× 🔟 =	= 円
変形徒手矯正術	肢×	円	× 🗈 =	= 円
温罨法		円	× 🗈 =	= 円
温罨法・電気光線器具		円	× 🔟 =	= 円
合計				円

初検料		・はり・きゅう・はり	、きゅう併ん	用			円
	はり				円×	<u> </u>	円
施術料	きゅう				円×	<u> </u>	円
	はり、きゅう併用				円×	<u> </u>	円
	電療料	・電気針・電気温灸器	号・電気光線	器具	円×	<u> </u>	円
往診料		・4 k mまで ・4 k	m超え		円×	<u> </u>	円
施術報告	- 吉書交付料	前回支給:	年	月分	円×	<u> </u>	円
		合計			 		Ħ

	伊伊亚科曼区人	・施術所所在地	上記のとおり施術を行いまし	た。			
施	保健所登録区分	・出張専門施術者住所地		令和	年	月	日
術		・はり師免許	所 在 地				
明	免許登録区分	・きゅう師免許	名称				
欄		・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 1.申請書は暦月を単位として作成してください。
- 入 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。
- 方 3.該当する場合は下記の書類を添付してください。
- 法 □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、施設を	施設の 種別			
往療先住所 (入所施設住所)				専門の・の場合		

往療の起点

(出発点または先順位住所)

起点から直線距離

(地図上の直線距離)

1. 有

2. 無

付き添い

の有無

施術開始時間

日			
日			
B			
В			
日			
В			
日			
П			
日			
I			
目			
日			
日			
日			
日			
円			
	1. 独歩による	公共交通機関等を使っての外出が困難	
往療を必要		現実 では 1 年 1 日 1 日 1 日 1 日 1 日 1 日 1 日 1 日 1 日	
とする理由	3. その他()

ᇽ 🗼 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。

医療機関等へ

の受診方法

注・ 同上の場合は、「同上」や「〃」との記載で差し支えない。

わかれば記載してください

1. 2. 3. 4. 5

意 ・ 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

1. 独歩

2. 往診

3. 車椅子等(

- 事 「◎」を、算定していない場合には「○」を記入してください。
- 項・ 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。

同一日・同一建物

記入欄

往療日

介護保険の

要介護度

・ 出張専門の施術者の場合は、「出張専門の施術者の場合欄」に〇を記入してください。