

# 健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書( 年 月分)(はり・きゅう用)

受 療 者 欄	被保険者証の記号番号 -		発病又は負傷年月日 年 月 日		傷病名			
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(か)	男 ・ 女	続柄		発症又は負傷の原因及びその経過		
		昭・平 年 月 日生		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				
施 術 内 容 欄	初療年月日 年 月 日		施術期間 年 月 日～ 日		実日数 日			
	傷病名		1.神経痛(部位: ) 2.リウマチ 3.頸腕症候群(部位: ) 4.五十肩		請求区分 新規・継続			
			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			
	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		円× 回= 円			
			1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具					
	往療料		4kmまで		円× 回= 円			
往療料		4km超		円× 回= 円				
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。 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			
					年 月 日			
申 請 欄	上記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。 年 月 日		住所 〒 -					
	JAST健康保険組合理事長 様		被保険者 (申請者)		氏名			
				電話 ( ) -				
振 込 口 座	公金受取口座 <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					
			※ 利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入					
	金融機関名		支店名		口座番号			
			本店 支店		預金種別 普通・当座 その他( )			
				口座名義 (か)				
給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。 <b>ただし、代理人は被保険者(申請者)の被扶養者に限ります。施術者及びその関係する法人等への委任はできません。</b>								
委 任 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		被保険者(申請者)との関係 ( )					
	年 月 日		住所					
	住所		代理人 氏名		電話 ( ) -			
被保険者 (申請者) 氏名								

◎ 添付書類

- 領収書(患者氏名、施術日、施術者氏名、施術費用、但し書き(例:はり・きゅう施術代)の記載と領収印の押印が必要)
  - 同意書
- 注: 同意書は、初療日が月の15日以前の場合は当該月の5ヶ月後の月の末日、月の16日以降の場合は当該月の6ヶ月後の末日まで有効。  
なお、有効期間内における2回目以降の請求では省略可。(再同意書では初療日を医師の再同意日と読み替える)
- 施術報告書の写し(該当する場合のみ)
  - 往療状況確認表(該当する場合のみ)
  - 1年以上・月16回以上施術継続理由・状況記入書(該当する場合のみ)

受付年月日