

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)

被保険者欄	被保険者等記号番号		発病又は負傷年月日		傷病名																												
	—		年 月 日																														
	療養を受けた者の氏名	(加)	続柄		発症又は負傷の原因及びその経過																												
		昭・平・令 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 3. その他																												
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				円																												
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用																																
	施術料	はり・きゅう	施術の種類	1 術 回	2 術 回																												
		通所	円× 回=		円																												
		訪問施術料 1	円× 回=		円																												
		訪問施術料 2	円× 回=		円																												
		訪問施術料 3 (3人～9人)	円× 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																												
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																													
費用額計				円																													
施術日		訪問1①	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②		月																															
往療③																																	
○往療又は訪問の理由 (1. 徒歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 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。		保健所登録区分		1. 施術所在地 2. 出張専門施術者住所																												
	令和 年 月 日		〒 -																														
同意記録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日																												
					令和 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。		〒 -																														
	令和 年 月 日		申請者 住所																														
振込口座	J A S T 健康保険組合理事長 様		申請者 (被保険者) 氏名		電話																												
	公金受取口座		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																														
	金融機関名		支店名		口座番号																												
		本店 普通・当座		口座名義																													
		支店 その他 ()		(カナ)																													
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。 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。																																	
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。		令和 年 月 日																														
	被保険者(申請者) 住所		代理人 住所		被保険者(申請者)との関係 ()																												
氏名		氏名		電話																													

◎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 ※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)
- 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