

健保組合 処理欄	支払年月日		常務理事	事務長	GL	係
	支給額	健保記入欄				
	支払区分	(内訳)	資格	取得	年 月 日	
	7割・8割・9割			喪失	年 月 日	

豊田自動織機健康保険組合 御中

被保険者

被扶養者

療養費支給申請書 (はり・きゅう用)

(R1年5月分)

第1回目

被保険者 記入欄	被保険者証 記号・番号	00 - 1234	受療者氏名	健保 太郎	続柄	本人	生年月日	昭平・令 56年4月1日
	発症・負傷年月日	平成(令和) 1年5月10日	傷病名	(医師の同意を受けた傷病名)	第三者行為による傷病ですか?			<input type="checkbox"/> はい →「第三者による傷病届」を提出 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	傷病の原因及びその経過						施術に要した費用	
	(いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)						4,620 円	
	再同意方法 (医師の同意書の添付がない場合のみ記入)							
	確認者	<input checked="" type="checkbox"/> 受療者 <input type="checkbox"/> 受療者の家族 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゅう師 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	方法	<input type="checkbox"/> 電話(月 日) <input type="checkbox"/> 書面(月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 診察日に口頭(5月24日)						
	本紙(または添付)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。ただし、給付金の受領を下記事業主に委任します。また、豊田自動織機健康保険組合が医療機関等の関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。							
	令和 1年6月10日		住所 愛知県刈谷市宝町8丁目1番地					
			被保険者氏名 健保 太郎				電話 *****	

施術内容・ 証明欄 (施術者記入)	初療年月日	平成・令和 年 月 日	施術期間	自令和 年 月 日 ~ 至令和 年 月 日	実日数	請求区分	
	傷病名					新規・継続	
	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頰腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 ()					転帰	
	初回	<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> はり(電気針併用) <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> きゅう(電気温灸器併用) <input type="checkbox"/> はり・きゅう併用 <input type="checkbox"/> はり・きゅう併用(電気針・電気温灸器併用)				円	摘要
	2回目以降	はり	円	×	回	=	円
		はり(電気針併用)	円	×	回	=	円
		きゅう	円	×	回	=	円
	往療	往療料 2kmまで	円	×	回	=	円
		加算 (km)	円	×	回	=	円
	合計					円	
施術日: 通院○ 往療◎ (月 施術分)							
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							
上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。							
令和 年 月 日 所在地							
はり師 免許登録番号 () 施術所名							
きゅう師 免許登録番号 () 氏名 電話							
同意記録	同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間		
	再同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間		
	平・令 年 月 日						

事業主 記入欄	委任を受けた給付金の受領は、豊田自動織機健康保険組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。					
	受任者	所在地				
	事業所名称	会社記入欄				
	事業主名	会社印				

【提出の流れ】 本人 → 会社 → 健保 (任意継続者は直接健保へ)

備考 (個人番号:任意記入)

【添付書類】 ①医師の同意書(原本)※ ②施術に要した費用の領収証(原本)

※『①医師の同意書』は初回申請時は添付が必要となります。(有効期間:3ヶ月)

2回目以降の申請において再度『同意書』の添付は不要ですが、申請書内の『同意記録』の記載が必要となります。

(R1.5.1改訂)

1

2

3