

療養費支給申請書 (〇〇年 〇月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	〇被保険者証等の記号番号					〇発病又は負傷年月日			〇傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)			
		1	-	1	2	3	4	5	〇〇年	〇月	〇日	神経痛
	(フリガナ) ケンポ ハナコ					続 柄			〇発症又は負傷の原因及びその経過			
施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	健保 花子					男・女 女			1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()			
	(昭)・平・令 〇〇年 〇月 〇日生								原因は不明だが、数年前から痛みが出はじめた			
								〇業務上・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		施術期間		実日数	請求区分	
	年 月 日		年 月 日				
	傷病名		はり師・きゅう師の証明を受けてください				継続
	初検料 1 はり						帰
	施 術 料						上・転医
	はり						要 した場合に記入
	きゅう						日
	はり・きゅう						記入
	電療料 1 電気鍼						日
	往療料						由
往療料		29 30 31					
施術報告書交付 費							
施術日 通院○ 往療○		月					

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. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地	
	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		施術管理	被保険者 (ベシアグループに勤務している本人) が申請してください。		

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 〇〇年 〇月 〇日	住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1			
	ベシアグループ健康保険組合理事長 殿	被保険者	氏名	健保 太郎	電話 000-000-0000

支 払 機 関 欄	被保険者名義の口座を記入してください					本店
						支店
						出張所
	カタカナで記入					郵便局

同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要加療期間
	山田 太郎	〇〇県〇〇市〇〇町2-2	〇年 〇月 〇日	神経痛	

初回の申請時は、医師の同意書 (原本) を添付してください。
 初療日から6か月を経過した時点で、更に施術を受ける場合は、医師の同意が必要となりますので、
 医師の同意書 (原本) を添付してください。

<記入にあたっての注意事項>

- 申請書は暦月を単位として作成してください。
- 二重線内 (「施術内容欄」および「施術証明欄」) は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

<提出の流れ> 本人 → 健康保険組合
 ※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書 (原本) を必ず添付してください。

<その他添付書類 (該当する場合)>

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