

| | | | | | | |
|---------------|-----|-----|-----|---------|---|---|
| 給付支給決定並びに支給伺い | | | | 同 年 月 日 | . | . |
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 支給額 | 決裁年月日 | . | . |
| | | | | 取得年月日 | . | . |
| | | | | 喪失年月日 | . | . |
| | | | | 円 | | |

療養費支給申請書 (年 月分) (はり・きゅう用)

※訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。

令和 年 月 日請求

| | | | | | | |
|--|---------------------------|-----|--|-------|---------------------------|--|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | ○被保険者証等の記号番号 | | ○発病又は負傷年月日 | | ○傷病名 (医師の同意を受けた傷病名) | |
| | - | | 平・令 年 月 日 | | | |
| | (フリガナ) | | 続 柄 | | ○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 | | 1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 () | | ○業務上・外、第三者行為の有無 | |
| | 昭・平・令 年 月 日生 | | | | 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 | |
| 下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 千 一 被保険者 住 所 ナブテスコグループ (請求者) 健康保険組合理事長 殿 氏 名 電話 | | | | | | |
| 同 意 記 録 | 同意医師の氏名 | 住 所 | | 同意年月日 | 傷 病 名 | |
| | | | | 年 月 日 | | |
| | 要加療期間 | | | ~ | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------------|---|--|---------|----|-------------------------|----------------|---------------------------|--|--|--|--|
| 施 術 内 容 欄 | 初 療 年 月 日 | | 施 術 期 間 | | | | 実 日 数 | 請 求 区 分 | | | | |
| | 令和 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 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 | | | | | | 円 | 摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 | | | | |
| | 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用 | | | | | | | | | | | |
| | 施 術 料 | はり | 円× | 回= | 円 | 施術者氏名 _____ | | | | | | |
| | | きゅう | 円× | 回= | 円 | 施術日 . . . 日 | | | | | | |
| | | はり・きゅう併用 | 円× | 回= | 円 | | | | | | | |
| | 電 療 料 | 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具 | | 円× | 回= | 円 | ※往療を必要とした場合に記入 | | | | | |
| | | 往 療 料 | 4 km まで | | 円× | 回= | 円 | 往療日 . . . 日 | | | | |
| 往 療 料 | 4 km 超 | | 円× | 回= | 円 | 往療を必要とした理由 | | | | | | |
| 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。 令和 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 | | | | | | |
| | 所在地 | | | 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 _____ | | | 施術者名 | | 電話 | | | | | | | |

<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。
- ・ 「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 → 事業所 → 健康保険組合 (※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください)

※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 (原本) □ 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書 (原本)