

# 記入例

|      |     |    |   |
|------|-----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 | 係 |
|      |     |    |   |

## 療養費支給申請書（R6年10月分）（はり・きゅう用）

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                     |                                     |                                              |            |            |    |    |                   |          |             |          |           |  |                          |                                                |  |  |  |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|------------|------------|----|----|-------------------|----------|-------------|----------|-----------|--|--------------------------|------------------------------------------------|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 被保険者等の<br>被保険者氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 記号<br><b>1234</b><br><small>※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。</small> | 番号<br><b>12345678</b>               | 生年月日<br><b>昭和 50</b> 年 <b>6</b> 月 <b>1</b> 日 |            |            |    |    |                   |          |             |          |           |  |                          |                                                |  |  |  |
|                                 | 被保険者住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | （〒 — ） <b>TEI</b> <b>ご自身の現住所と、日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。</b>           |                                     |                                              |            |            |    |    |                   |          |             |          |           |  |                          |                                                |  |  |  |
|                                 | 施術した場所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | （〒 — ） <small>* 入居施設や住所地特例等、上に記載の住所地と異なる場合に記載</small>               |                                     |                                              |            |            |    |    |                   |          |             |          |           |  |                          |                                                |  |  |  |
|                                 | 施術が被扶養者に<br>関するときは、その方の                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 氏名<br><b>山口 花子</b>                                                  | 生年月日<br><b>昭和 52</b> 年 月 <b>1</b> 日 | 被保険者との続柄<br><b>妻</b>                         |            |            |    |    |                   |          |             |          |           |  |                          |                                                |  |  |  |
|                                 | 傷病名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>腰痛症</b>                                                          |                                     |                                              |            |            |    |    |                   |          |             |          |           |  |                          |                                                |  |  |  |
|                                 | 傷病の原因<br>及び経過                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>日常生活におけ</b>                                                      |                                     |                                              |            |            |    |    |                   |          |             |          |           |  |                          |                                                |  |  |  |
|                                 | 第三者の行為によるものですか → はい・ <b>いいえ</b> 業務によるものですか → はい・ <b>いいえ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                     |                                     |                                              |            |            |    |    |                   |          |             |          |           |  |                          |                                                |  |  |  |
|                                 | 同意記録                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                     |                                     |                                              |            |            |    |    |                   |          |             |          |           |  |                          |                                                |  |  |  |
|                                 | 同意医師の氏名<br><b>赤坂 一郎</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 住所<br><b>〇県〇市****-**</b>                                            | 同意年月日<br><b>R**</b> 年 * 月 * 日       | 傷病名<br><b>腰痛症</b>                            |            |            |    |    |                   |          |             |          |           |  |                          |                                                |  |  |  |
|                                 | 要加療期間<br><b>6ヶ月</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                     |                                     |                                              |            |            |    |    |                   |          |             |          |           |  |                          |                                                |  |  |  |
| 給<br>付<br>金<br>支<br>払<br>先      | <p>給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。</p> <p>尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、下記へ被保険者本人名義の振込希望口座をご記入ください。</p> <table> <tr> <td>振込先<br/>銀 行</td> <td>銀行<br/>金庫・豊</td> <td>支店</td> <td>口座</td> <td>※口座番号は左詰めでご記入ください</td> </tr> <tr> <td>預金<br/>種別</td> <td>普通・当座<br/>貯蓄</td> <td>口座<br/>名義</td> <td>(1)<br/>漢字</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="4">マイナポータル等で事前登録した公金<br/>注) 口座情報の反映には、登録から数日を要します。</td> </tr> </table> <p><b>給付支払先は、原則、被保険者名義の口座に限りです。<br/>給与口座以外の口座をご希望の場合は、被保険者名義の<br/>銀行口座をご記入ください。</b></p> |                                                                     |                                     |                                              | 振込先<br>銀 行 | 銀行<br>金庫・豊 | 支店 | 口座 | ※口座番号は左詰めでご記入ください | 預金<br>種別 | 普通・当座<br>貯蓄 | 口座<br>名義 | (1)<br>漢字 |  | <input type="checkbox"/> | マイナポータル等で事前登録した公金<br>注) 口座情報の反映には、登録から数日を要します。 |  |  |  |
| 振込先<br>銀 行                      | 銀行<br>金庫・豊                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 支店                                                                  | 口座                                  | ※口座番号は左詰めでご記入ください                            |            |            |    |    |                   |          |             |          |           |  |                          |                                                |  |  |  |
| 預金<br>種別                        | 普通・当座<br>貯蓄                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 口座<br>名義                                                            | (1)<br>漢字                           |                                              |            |            |    |    |                   |          |             |          |           |  |                          |                                                |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>        | マイナポータル等で事前登録した公金<br>注) 口座情報の反映には、登録から数日を要します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                     |                                     |                                              |            |            |    |    |                   |          |             |          |           |  |                          |                                                |  |  |  |

|                                            |                           |                                       |      |    |    |    |     |    |       |  |
|--------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|------|----|----|----|-----|----|-------|--|
| は<br>り<br>・<br>き<br>ゅう<br>師<br>記<br>入<br>欄 | 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: 年 月 日 ~ 至: 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 |      |    |    |    |     |    |       |  |
|                                            | 初検料                       | 1. はり 2. きゅう                          |      |    |    |    |     |    |       |  |
|                                            | はり・きゅう                    | 円                                     |      |    |    |    |     |    |       |  |
|                                            | 通所                        | 円                                     |      |    |    |    |     |    |       |  |
|                                            | 訪問施術料 1                   | 円                                     |      |    |    |    |     |    |       |  |
|                                            | 訪問施術料 2                   | 円                                     |      |    |    |    |     |    |       |  |
|                                            | 訪問施術料 3 (10人以上)           | 円 × 回 = 円                             |      |    |    |    |     |    |       |  |
| 電療料<br>(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                                        |                           |                                       |      |    |    |    |     |    |       |  |
| 施術報告書交付料 (前回)                              |                           |                                       |      |    |    |    |     |    |       |  |
| 費用                                         |                           |                                       |      |    |    |    |     |    |       |  |
| 施 術 日                                      | 通所○ 訪問1①                  | 24                                    | 25   | 26 | 27 | 28 | 29  | 30 | 31    |  |
|                                            | 往療○ 訪問2②                  |                                       |      |    |    |    |     |    |       |  |
|                                            | 訪問3③                      |                                       |      |    |    |    |     |    |       |  |
| 往療又は訪問の理由                                  | 1. 独歩による公共交通機関            |                                       |      |    |    |    |     |    |       |  |
| 上記のとおり施術を行い、                               |                           |                                       |      |    |    |    |     |    |       |  |
| 令和 年 月 日                                   | 住所                        |                                       |      |    |    |    |     |    |       |  |
| 免許登録番号                                     | はり師                       |                                       |      |    |    |    |     |    |       |  |
| 免許登録番号                                     | きゅう師 氏名 電話                |                                       |      |    |    |    |     |    |       |  |

**【添付書類】**

☐ 施術を受けた方の氏名が記載された領収書の原本

☐ 医師より交付を受けた同意書の原本  
(初回必須。その後も同意を受ける度に必要)

☐ 施術報告書の写し (施術者より提供があった場合)

**施術を受けた、はり師・きゅう師に  
記入を依頼してください**