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、発症又は負傷の原因及びその経過
□□□□－□□□□		年　月　日	
療養を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女 昭・平・令　年　月　日生	続柄 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 (1. 業務上　2. 第三者行為　3. その他（　　))
			○施術した場所(健保に届出している住所と異なる場合に記載)

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　1はり　2きゅう　3はりきゅう併用			円	摘要	
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	
	訪問施術料　3（10人以上）	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 通所○ 訪問2② 往療◎ 訪問3③	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

往療又は訪問の理由　1.独歩による公共交通機関を使っての外出困難　2.認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難　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。 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
	〒　－ 住所	
免許登録番号　はり師	氏名	
免許登録番号　きゅう師		電話

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	〒　－
全国印刷工業健康保険組合理事長　殿	被保険者（請求者）住所
	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	要加療期間
		令和　年　月　日		

委任状	
本申請に基づく給付金に関する受領を次の方に委任します。	令和　年　月　日
被保険者（請求者）　住所 氏名	
委任された方の（事業主）　住所 氏名	
給付金の振込先銀行　在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、事業主に受領委任してください。なお、退職（資格喪失）後、被保険者（請求者）送金を希望される場合は、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」の届出が必要になりますので、当組合までご連絡ください。	

＜記入にあたっての注意事項＞

・必要事項に黒のボールペンで記入をお願いいたします。

・申請書は暦月を単位として作成してください。

・「被保険者欄」に受療者情報を記入してください。

・二重線内（「施術内容欄」、「施術証明欄」および「同意記録欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。

・在職中の給付金は、事業所の登録口座に振込みますので、「委任欄」により、事業主に受領委任してください。

・退職（資格喪失）後、被保険者（請求者）送金を希望される場合は、別途「健康保険給付金個人振込銀行登録届」をご提出ください。

＜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

□１年以上・月 16 回以上施術継続理由・状態記入書

問い合わせ先：全国印刷工業健康保険組合　給付課　TEL.03-5834-3180