

第一生命健康保険組合 御中

受信No.	
-------	--

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書 (年 月分)

(はり・きゆう用)

※記号・番号の確認方法や書き方は、記入見本を参照してください

健康保険の 資格情報	記号	番号										所属またはグループ会社名(任意継続者・特例退職者は記入不要)									
		被保険者(本人) 氏名										部		支社		課		営業オフィス			
資格取得年月日		S・H・R		年		月		日		資格喪失年月日		R		年		月		日			

はり師・きゆう師記入欄(施術者が記入する)	初療年月日		令和 年 月 日										自 年 月 日 ~ 至 年 月 日										実日数		請求区分	
	令和 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 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()										転 帰		継続・治療・中止・転医											
	初検料		1. はり 2. きゆう 3. はり・きゆう併用										円		要 約											
	はり												円 ×		回 =		円									
	きゆう												円 ×		回 =		円									
	はり・きゆう併用												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 料		4kmまで										円 ×		回 =		円									
	往 療 料		4km 超										円 ×		回 =		円									
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)												円 ×		回 =		円										
費用 額 合 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																						
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														
免許登録番号		はり師 住所										電話														
免許登録番号		きゆう師 氏名										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												
同意医師の氏名		住所及び医療機関名										同意年月日		傷病名		要加療期間										
		医療機関住所										初診同意年月日														
		医療機関名										再同意年月日														
												令和 年 月 日														
												令和 年 月 日														

療養を受けた者の氏名		その者の生年月日		昭和 年 月 日		平成 年 月 日		令和 年 月 日		年齢		被保険者との続柄	
傷病名		平成 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日	
発病または負傷年月日		平成 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日	
施術の期間		令和 年 月 日から		令和 年 月 日まで		令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日	
傷病の原因・経過(どこで、どのような状況・原因・経過を詳しく記入)												施術に要した費用の額 円	
上記のとおり申請いたします		併せて給付金の受領を事業主に委任いたします(注3)		〒		住所		被保険者(本人) 氏名		昭和 平成 令和 年 月 日生		令和 年 月 日	

- (注) 1. 施術を受けるごとに発行される領収書(原本)を全て添付し、暦月ごとに申請してください。
 - 2. 医師の同意書、意見書を添付してください。6ヶ月を超えて引続き施術が必要な場合は、診察のうえ、再同意書、施術報告書(写)の提出が必要です。
 - 3. 受領委任については任意継続者・特例退職者は対象外です。(ご登録の保険料振替口座に支給します)
 - 4. 初療の日から1年以上経過して、月16回以上の施術を受けた場合は、『1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書』の提出が必要です。
 - 5. 給付を受ける権利は、医療機関等に費用を支払った翌日から2年で時効となります。
- ※ただし、喪失後受診(他の組合健保や国保等へ返納した医療費を申請する場合は、診療を受けた日の翌日から2年で時効となります。)

健保組合処理欄	保険給付金		区 分		同意書		施術報告書交付料		備 考		
	円		本人 家族 六歳 高一 高7		有 無		有 無				
					無しの場合前回同意年月日 R 年 月 日		R 年 月 日				
常務理事		事務長		担 当		検 算		支 払		入力者・入力日	