

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)

被保険者証	記号	番号										所属またはグループ会社名(任意継続者・特別退職者は記入不要)																																																	
												部 支社 会社																																																	
被保険者(本人)氏名		男 女										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																												
	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()										新規 継続										転 帰																												
	初検料		1. はり 2. きゆう 3. はり・きゆう併用										円										摘 要																																						
	施術料		はり										円 × 回 = 円										※ 往療の場合は、往療を必要とした理由を記入してください。																																						
			きゆう										円 × 回 = 円																																																
			はり・きゆう併用										円 × 回 = 円																																																
			電療料										円																																																
			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																																																	
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																																																	
		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																																																	
同意記録		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										令和 年 月 日																																							
																						再同意年月日																																							
																						令和 年 月 日																																							
被保険者記入欄		療養を受けた者の氏名										男 女										その者の生年月日										昭和 平成 令和 年 月 日										年齢										被保険者との続柄									
		傷病名																				◇に○を必ずと下さい										◇左記傷病の原因は、事故によるものですか? □ はい いない																													
		発病または負傷年月日										平成 令和 年 月 日																				◇左記傷病の原因として第三者(相手)はいますか? はい いない																													
		施術の期間										令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで																				◇左記傷病の原因は、業務上または通勤災害ですか? はい いない																													
		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)										令和 年 月 日																																							
		〒										住所																																																	
		被保険者(本人) 氏名										昭和 平成 令和 年 月 日生																																																	

- (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・特別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 無しの場合前回同意年月日 R 年 月 日		有 無 R 年 月 日				
	常務理事	事務長	担当	検算	常務理事	事務長	担当	入力者・入力日			
	支払										