

療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号								○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																																					
	(フリガナ)								続 柄				○業務上・外、第三者行為の有無 ※その他はカッコ内記入																									
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名 男 女								1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他 ()				1.業務上 2.第三者行為である 3.そ の 他 ()																									
													○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載）																									
年 月 日生																																						
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。 〒 年 月 日 申請者 住 所 (被保険者)																																						
N T Pグループ健康保険組合 殿 氏 名 電話																																						
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									
	傷病名及び傷病 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()付記()																								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(3～9人)								円×				回＝				円																				
		訪問施術料 3(10人以上)								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																					
	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																					
合 計								円																														
施術日 訪問1①								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
通所○ 訪問2②																																						
住療◎ 訪問3③								月																														
○往療又は訪問の理由(1.独歩による公共交通機関を使つての外出困難 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。																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																	
	施術所 〒 年 月 日 所在地																																					
	登録記号番号																名 称																					
	施術管理者																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									
																	年 月 日																					

<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。

■ 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。

<その他の添付書類(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