

療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

被 保 険 者 欄	○被保険者等の記号番号										○発病又は負傷年月日										○傷病名（医師の同意を受けた傷病名）										
	—										年 月 日																				
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)										続 柄										○発症又は負傷の原因及びその経過									
												男・女																			
昭・平・令 年 月 日生																				○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他											

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 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																		円		摘 要														
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用																																		
	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（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		月		通所○		往療○		訪問1①		訪問2②		訪問3③																							
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					
往療または訪問の理由（1.独歩による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									
	年 月 日										所在地																			
	はり師免許登録番号										施術所名																			
	きゅう師免許登録番号										施術管理者名										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。 年 月 日 被保険者 住 所																													
	住友不動産ステップ健康保険組合理事長 殿										(請求者)										氏 名 電話									

支 払 機 関 欄	支払区分										預金の種類										金融機関名										銀行 本店																		
	1. 振 込 2. 銀行送金										1. 普通 2. 当座																				金庫 支店																		
	3. 郵便局送金 4. 当地払										3. 通知 4. 別段																				農協 出張所																		
口座名義 カタカナで記入																				口座番号																				郵便局									

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。
- ・「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・「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。

<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

住友不動産ステップ健康保険組合

TEL. 050-3112-0257

2024年10月版