

# 健康保険 被保険者家族 療養費支給申請書 (はり・きゅう用)

※別紙の注意事項を必ずご確認の上、申請してください

令和 年 月 分

|                                                                                                                                                                  |                                                                                |       |                    |                     |                              |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------|---------------------|------------------------------|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄                                                                                                                                  | 被保険者等 記号・番号                                                                    |       | 被保険者氏名             |                     | 記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください |  |  |
|                                                                                                                                                                  | 療養を受けた方の氏名                                                                     |       | 生 年 月 日            |                     | 続 柄                          |  |  |
|                                                                                                                                                                  |                                                                                |       | □昭和 □平成 □令和        |                     | 年 月 日                        |  |  |
|                                                                                                                                                                  | 発病又は負傷の原因 ※不明な場合はおおよその内容を記入してください(空欄の場合は受理できません)                               |       |                    |                     |                              |  |  |
|                                                                                                                                                                  | 傷 病 名                                                                          |       |                    | 発病または負傷年月日          |                              |  |  |
|                                                                                                                                                                  |                                                                                |       |                    | □昭和 □平成 □令和 年 月 日   |                              |  |  |
|                                                                                                                                                                  | 傷病の原因およびその経過(詳しく具体的に)                                                          |       |                    | □病気 □ケガ □不明 □その他( ) |                              |  |  |
|                                                                                                                                                                  |                                                                                |       |                    | □業務上、通勤途上 □第三者行為    |                              |  |  |
|                                                                                                                                                                  | 施術した場所(入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)                                            |       |                    |                     |                              |  |  |
|                                                                                                                                                                  | 他の医療機関等での治療の有無                                                                 |       | □なし □あり(令和 年 月 日頃) |                     | 医療機関名:                       |  |  |
| 振 込 口 座                                                                                                                                                          | □ 銀行                                                                           |       | □ 本店               |                     | 預金種別                         |  |  |
|                                                                                                                                                                  | □ 金庫                                                                           |       | □ 支店               |                     | □普通 □当座                      |  |  |
|                                                                                                                                                                  | □ 信組                                                                           |       | □ 出張所              |                     | 口座番号                         |  |  |
|                                                                                                                                                                  |                                                                                | □ その他 |                    | □ 座名義 (カタカナ)        |                              |  |  |
| 公金受取口座                                                                                                                                                           | □ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します(利用する場合は☑、しない場合は振込口座を記入)<br>※口座情報の反映には登録から数日を要します |       |                    |                     |                              |  |  |
| 下記の療養に要した費用を請求します。<br>エクセディ健康保険組合が医療機関等に対して、内容照会を行うこと、及び当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。<br>令和 年 月 日 千<br>エクセディ健康保険組合 理事長 殿 申 請 者 住 所<br>(被保険者) 氏 名<br>電話(日中の連絡先) - - |                                                                                |       |                    |                     |                              |  |  |

|                                                                                                                                    |                         |                                      |                         |         |                         |       |             |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|-------------------------|---------|-------------------------|-------|-------------|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| 施<br>術<br>者<br>(<br>は<br>り<br>師<br>・<br>き<br>ょ<br>う<br>師<br>)<br>記<br>入<br>欄<br><br>※<br>保<br>険<br>適<br>用<br>分<br>の<br>み<br>記<br>入 | 初 療 年 月 日               |                                      | 施 術 期 間                 |         | 実日数                     |       |             |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                                                                    | 平・令 年 月 日               |                                      | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日     |         | 日                       |       |             |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                                                                    | 傷病名                     | 1. 神経痛(部位: ) 2. リウマチ 3. 脛腕症候群 4. 五十肩 |                         |         |                         | 請求区分  |             |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                                                                    |                         | 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他( )          |                         |         |                         | 新規・継続 |             |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                                                                    | 初検料                     |                                      | 1. はり 2. きゅう 3. はりきゅう併用 |         |                         |       | 転 帰         |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                                                                    |                         |                                      |                         |         |                         |       | 継続・治癒・中止・転医 |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                                                                    | 施<br>術<br>内<br>容<br>料   | はり・きゅう                               |                         | 施術の種類   |                         | 1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 4 (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1 ①                   | 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2 ②                   |                                      |                         |         |                         |       |             |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 往療◎                                                                                                                                | 訪問3 ③                   |                                      |                         |         |                         |       |             |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| ○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<br>術<br>証<br>明<br>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 |       |             |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                                                                    | 令和 年 月 日                |                                      | 所在地(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                             |                         | - -     |                         |       |             |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
| 同<br>意<br>記<br>録                                                                                                                   | 同意医師の氏名                 | 住 所                                  |                         | 同意年月日   |                         | 傷 病 名 |             |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                                                                    |                         |                                      |                         | 令 年 月 日 |                         |       |             |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |
|                                                                                                                                    |                         |                                      |                         |         |                         | 要加療期間 |             |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |  |

# 療養費支給申請書（はり・きゅう）の申請について

## はり・きゅう療養費の申請に必要な書類

提出前にチェック

※この療養費支給申請書（はり・きゅう用）に①と②～⑤を必要に応じて添付してください

提出された書類は返却できませんので、必要と思われる場合には、提出前に予めコピーをお取りください  
施術月毎、施術所毎に申請が必要です

|                                             |                                                      |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①領収書(原本) <b>必須</b> | 施術を受けた方の氏名、施術年月(日)、施術費用である旨記載されているもの                 |
| <input type="checkbox"/> ②医師の同意書(原本)        | 初回および長期の場合は6カ月毎に添付<br>施術期間が6カ月を過ぎた場合、再同意書(文書)交付が必要です |
| <input type="checkbox"/> ③施術報告書(写し)         | 施術報告交付料を申請する場合、医師の同意書と併せてご提出ください                     |
| <input type="checkbox"/> ④施術継続理由・状態記入書      | 初療の日から1年以上経過し、施術回数が16回以上/月の場合は提出してください               |
| <input type="checkbox"/> ⑤負傷原因届             | 負傷による傷病での申請の場合、初回申請時にご提出ください                         |

②⑤はエクセディ健康保険組合ホームページ『届出・申請書一覧』よりダウンロード可

①③④は施術所より発行されるものをご提出ください

## 領収書貼付

- ・領収書は、こちらに貼付(テープでの貼付は避け、糊付け)してください
- ・該当の施術月分のみ、時系列順に貼付してください
- ・領収書は折りたたんだり、重ねたりせず、記載事項が確認できるように貼付してください
- ・領収書がA4サイズの場合、台紙への貼付不要(そのまま添付してください)
- ・台紙1枚に貼り切れない場合は、台紙をコピーし、数枚に分けてご利用ください