

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 〇 年 〇 月 分

被 保 険 者 記 入 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		
	I - IIII	健康 太郎			
	療養を受けた方の氏名	生年月日	続柄		
	健康 花子	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 〇年〇月〇日	妻		
	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			
	神経痛	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 〇年〇月〇日			
	傷病の原因およびその経過(詳しく具体的に)	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ <input checked="" type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()			
	1年程前から、整形外科で服薬や注射等の治療を受けたが、改善せず 医師にはり・きゅう施術を指示された	<input type="checkbox"/> 業務上、通勤途上 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(令和 〇年 〇月 〇日頃)		医療機関名: 〇〇〇整形外科		
振込口座	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
	〇〇〇〇	〇〇〇	口座番号	1234567	
			口座名義 (カタカナ)	ケンコウ タロウ	
公金受取口座	<input type="checkbox"/> 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) ※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。 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。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 エクセディ健康保険組合 理事長 殿 申請者 住所 大阪府寝屋川市〇〇町1-1-1 (被保険者) 氏名 健康 太郎 電話(日中の連絡先) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇					

施 術 者 (は り 師 ・ き ょ う 師) 記 入 欄	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 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他()	請求区分	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・治療・中止・転医
	施 術 内 容 料	はり・きゅう	2術	回
	通所	円×	回=	円
	訪問施術	円×	回=	円
	訪問施術料 2	円×	回=	円
	電療料(加算)	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	
※施術者が証明した内容と、実際に受けた施術内容に相違がないかご確認の上、ご申請ください				
申請前に、『はり・きゅう療養費支給申請のてびき』と裏面をご確認ください				
〇往療又は訪問の理由 1. 徒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徒歩による外出困難 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 令和 年 月 日	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	
		所在地(住所)		
		施 術 所 名		
	免許登録番号	はり師 氏 名		
	免許登録番号	きゅう師 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	
			令 年 月 日	

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) 必須	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 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