

# 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(医師の同意を受けた傷病名)及び部位						
	年 月 日								年 月 日									
	(フリガナ)								続 柄			○発症又は負傷の原因及びその経過						
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名								男 女			1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ( )				○業務上・外、第三者行為の有無		
昭・平 年 月 日 生																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					
	平成 年 月 日		自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日		日	新 規 ・ 継 続					
	傷病名 1. 神経痛(部位: ) 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩					転 帰					
	5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他( )					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					※施術管理者以外に施術した場合に記入					
	施 術 料	はり	円×	回=	円	施術者氏名: _____					
		きゅう	円×	回=	円	施術日: . . . 日					
		はり・きゅう併用	円×	回=	円						
		電療料	円×	回=	円	※往療を必要とした場合に記入					
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具					往療日: . . . 日						
往 療 料 4 km まで		円×	回=	円	往療を必要とした理由: _____						
往 療 料 4 km 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 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。		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	
	平成 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。					
	平成 年 月 日		被保険者 住 所		〒 -	
東京都電気工事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		
	振 込		1. 普通 2. 当座		金庫 支店		農協 出張所		
□ 座 名 義 カタカナで記入		□ 口座番号		□ 口座番号		□ 口座番号		□ 口座番号	

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	
					平成 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→健康保険組合  
 ※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

## 往療状況確認表

月分 施術者氏名 \_\_\_\_\_

受療者氏名： \_\_\_\_\_

往療先住所： \_\_\_\_\_ ※施設へ入所の場合は施設の住所

※施設への入所の場合：施設名称（ \_\_\_\_\_ ） 施設種別（ \_\_\_\_\_ ）

日	同一日・同一建物 記入欄	往療の起点 (出発点または先順位住所)	施術開始時間	起点からの直線距離 (地図上の直線距離)
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

〈往療を必要とする理由〉  
 1. 独歩による公共交通機関等を使っての外出が困難  
 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難  
 3. その他（ \_\_\_\_\_ ）

〈介護保険の要介護度〉（ 1 . 2 . 3 . 4 . 5 ）分かれば記載下さい

〈医療機関等への受診方法についてお知らせください〉  
 1. 独歩 2. 往診 3. 車椅子等（ \_\_\_\_\_ ）  
 付き添い（ ア. 有り イ. 無し）

注 ・ 施設種別とは特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護療養型医療施設・グループホーム・ショートステイなど  
 ・ 同上の場合は、「同上」や「〃」との記載で差し支えない。  
 ・ 同一日・同一建物記入欄には、同一日に同一建物への往療に該当する場合であって、当該患者について往療料を算定している場合には「◎」を、算定していない場合には「○」を記入すること。  
 ・ 往療の起点については、個人宅は丁目までの記載で可とする。  
 ・ 個人情報の取り扱いには、十分注意すること。