

伺年月日	令和 年 月 日	常務理事			担当者
支払年月日	令和 年 月 日				
支払金額					円
資格取得	平・令 年 月 日	扶養取得	平・令 年 月 日		
資格喪失	令和 年 月 日	扶養喪失	令和 年 月 日		

N I P P O健康保険組合

年 月分

健康保険

被保険者

被扶養者

療養費支給申請書A

あんま・マッサージ
はり・きゅう 用

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	フリガナ		
	受療者 氏名	フリガナ		生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	傷病名			発病または 負傷した日	令和 年 月 日		
	傷病の経過			発病または 負傷の原因			
	施術を受けた 施術所	名称				施術者名	
		所在地					
	施術の期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで 日間					
	施術に要した 費用			円	第三者行為の有無	無 ・ 有	
	委任状	私は本件請求に係る療養費の受領を下記代理人に委任します					
		令和 年 月 日			被保険者 氏名		
	会 社 記 入 欄	代理人住所					
		代理人氏名					

- <添付書類>
- ① 受診者名が記載された領収書原本
 - ② 医師による同意書原本(初回と6か月ごと)
 - ③ 往療内訳表(往療料を請求する場合)
 - ④ 施術報告書の写し(交付料を請求する場合)
 - ⑤ 施術継続理由・状態記入書(初療日から1年以上経過し、かつ1ヶ月間の施術を受けた回数が16回以上ある方)
- ※ 毎月ごとに申請書を作成してください

受付日付印

療養費支給申請書B (はり・きゅう用)

○被保険者等記号番号				○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																																															
療養を受けた者の氏名 (フリガナ)				○業務上・外、第三者行為の有無 (1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																																											
				○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)																																											
明・大・昭・平・令 年 月 日生																																															
初療年月日				施術期間														実日数				請求区分																									
() 年 月 日				自・令和 年 月 日～至・令和 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 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用				円																																											
施 術 者 記 入 欄 はり・きゅう				施術の種類				1 術 回				2 術 回				摘 要																															
				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 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				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	月																																										
往療				訪問3③																																											
○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使得の外出困難 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 ())																																															
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				〒				-																																							
免許登録番号				はり師				住所																																							
免許登録番号				きゅう師				氏名				電話																																			
同意医師の氏名				住 所				同意年月日				傷 病 名				要加療期間																															
同意記録								令和 年 月 日																																							

- 1 施術内容欄は保険分のみ記入をしてください。
- 2 往療料が発生する場合は「往療内訳表」をご提出ください。
- 3 施術報告書交付料を請求する場合は「施術報告書」の写しをご提出ください。
- 4 初療日から1年以上経過し、かつ、1ヶ月間の施術を受けた回数が16回以上ある方については「施術継続理由・状態記入書」をご提出ください。