

伺年月日	令和 年 月 日	常務理事		会計	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

任意継続の方は受取口座を記入してください。(本人名義に限ります)			
	銀行 金庫 農協		支店 本店
預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	

# 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) 男・女 明・大・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 3. その他 ( ) )																																										
				○施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載)																																										
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				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 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用				円				摘 要																																						
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 通所 訪問2② 往療 訪問3③				<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>31</td> </tr> </table>												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
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 ( ) )																																														
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																														
								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。