

| | | | | | |
|-------|-------------|------|-------------|----|-----|
| 同年月日 | 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 | 昭・平・令 年 月 日 | 扶養取得 | 昭・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 | 被保険者証 | 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 医師による同意書または診断書(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)

令和 年 月 分

| | | | | | | | |
|---|--|---------------------|---------|------------|----------|----------------|--------------|
| 施 術 者 記 入 欄 | フリガナ | | | | | 生年月日 | |
| | 受療者氏名 | | | | | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 |
| | 受療者住所 | 〒 | | | | | |
| | 初療年月日 | 施 術 期 間 | | | 実日数 | 請求区分 | |
| | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | 日 | 新規・継続 | |
| | 傷 病 名 | | | | | 転 帰 | |
| | 1 神経痛 2 リウマチ 3 頰腕症候群 4 五十肩 5 腰痛症 6 頰椎捻挫後遺症 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 | |
| | 施 術 料 | はり | | 円 × 回 = | 円 | | |
| | | きゅう | | 円 × 回 = | 円 | | |
| | | はり・きゅう併用 | | 円 × 回 = | 円 | | |
| | 電療料 | | | | | | |
| | 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具 | | 円 × 回 = | 円 | | | |
| | 往療料 4kmまで | | 円 × 回 = | 円 | | | |
| 往療料 4km超 | | 円 × 回 = | 円 | | | | |
| 施術報告書交付料 (前回支給:令和 年 月分) | | 円 × 回 = | 円 | | | | |
| 費用合計 | | | | 円 | | | |
| 施術日: 通院○ 往療◎ | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。 | | | | 保健所登録区分 | 1 施術所所在地 | | 2 出張専用施術者所在地 |
| 令和 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 () | | | 氏名 | | | | |
| | | | 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 | | |

- 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。