

## 健康保険

☐ 被保険者  
☐ 家族

## 療養費 支給申請書

健 保  
受付印

□にはいずれか該当する方に✓を入れてください。

( 年 月分) (はり・きゅう用)

|                                    |                                                         |       |           |                                                            |                                  |                    |  |  |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------|-----------|------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄    | 次の通り請求します。                                              |       |           |                                                            | 令和 年 月 日                         |                    |  |  |
|                                    | 尚、本給付の受領については、私の所属する事業主に委任します。                          |       |           |                                                            |                                  |                    |  |  |
|                                    | 又 施術に同意した医師に対して、住友電気工業健康保険組合が治療状況など給付に必要な調査をすることに同意します。 |       |           |                                                            |                                  |                    |  |  |
|                                    | 所 属                                                     |       |           |                                                            |                                  |                    |  |  |
|                                    | 住友電気工業健康保険組合 御中                                         |       |           |                                                            | 職 番 被保険者氏名                       |                    |  |  |
|                                    | 傷 病 名                                                   |       | 発病又は負傷年月日 |                                                            | 平成・令和 年 月 日                      |                    |  |  |
|                                    | 保険証記号・番号 記号 番号                                          |       | 続柄        |                                                            | 発症又は負傷の原因及びその経過                  |                    |  |  |
|                                    | 受診者氏名                                                   |       | 男・女       |                                                            | 施術した場所(入居施設や住所地特例等、住所地と異なる場合に記載) |                    |  |  |
| 受診者生年月日 昭・平・令 年 月 日生 年齢 歳          |                                                         |       |           | 業務上・外、第三者行為の有無                                             |                                  |                    |  |  |
|                                    |                                                         |       |           | 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他( )                               |                                  |                    |  |  |
| 退職者の場合は振込先銀行口座をご記入ください。(ゆうちょ銀行は不可) |                                                         |       |           |                                                            |                                  |                    |  |  |
| 銀 行 名                              |                                                         | 支 店 名 |           | 種 別                                                        |                                  | 口 座 番 号            |  |  |
|                                    |                                                         |       |           | <input type="checkbox"/> 普通<br><input type="checkbox"/> 当座 |                                  | 口 座 名 義(被保険者名義に限る) |  |  |

|                                                                                |                                             |                                                                                     |                            |          |           |             |                         |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------|-----------|-------------|-------------------------|--|--|
| 施<br>術<br>内<br>容<br>欄                                                          | 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                     |  |  |
|                                                                                | 施<br>術<br>料                                 | 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× 回＝ 円  |           |             |                         |  |  |
| 施術日 訪問1 ①                                                                      |                                             | 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2 ②                                                                      |                                             |                                                                                     |                            |          |           |             |                         |  |  |
| 往療◎ 訪問3 ③ 月                                                                    |                                             |                                                                                     |                            |          |           |             |                         |  |  |
| ○往療又は訪問の理由(1. 独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独歩による外出困難 3. その他( ) ) |                                             |                                                                                     |                            |          |           |             |                         |  |  |
| 施<br>術<br>証<br>明<br>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 |  |  |
|                                                                                | 令和 年 月 日                                    |                                                                                     |                            |          | 住所 〒 -    |             |                         |  |  |
|                                                                                | 免許登録番号                                      |                                                                                     |                            |          | はり師       |             |                         |  |  |
| 同<br>意<br>記<br>録                                                               | 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                   |  |  |
|                                                                                |                                             |                                                                                     |                            | 令和 年 月 日 |           | 要 加 療 期 間   |                         |  |  |

[注意事項] 1. 発病または負傷の原因が業務上または通勤途中の事故による場合は、労災保険からの給付があるため健康保険から療養費は支給されません。  
2. 任意継続の方は、資格取得時に申請された給付金の振込口座への入金となります。

[添付書類] 1. 治療(施術)費の領収書(原本)  
2. 医師の同意書(初回受診時および、前回の同意から6ヶ月を超えて引き続き受診する場合)  
3. 施術報告書(施術報告書交付料の申請を行う場合)

[記入上の注意] 1. 摘要欄は、往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入して下さい。



