

被保険者 療養費支給申請書  
 ( はり ・ きゅう ) 【 令和6年1月分 】

被保険者本人か家族、  
 該当者に○

被保険者  
 家 族

保険証の左上にある  
 記号・番号を記入

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号・番号				
	被保険者氏名	日特 太郎			
	生年月日	昭和 58 年 10 月 10 日			
	事業所住所	お勤めの会社住所を記入			
	事業所名	お勤めの会社名を記入			
	所属	お勤めの会社所属名を記入	内線	123	—
申 請 対 象 者 記 入 欄	※被保険者の場合は氏名・生年月日・続柄は記入不要				
	施術を受けた者の氏名	生年月日		被保険者との続柄	
	日特 花子	昭和 60 年 5 月 5 日		妻	
	傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)	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 ( )			
	発病または負傷の年月日	令和 3 年 2 月 5 日			
	発病又は負傷の原因 及びその経過	業務上・業務外 → (原因 : ) (経過 : )			
	第三者の行為によって負傷 したものであるか否か	1. ない 2. ある → (第三者の行為による傷病発生届を提出すること)			
	施術に要した費用	1ヶ月分の領収書の合計金額を記入 円			
	同意記録				
	同意医師の氏名				
住所	〒				
同意年月日	R 年 月 日	傷病名			
要加療期間					
被 保 険 者 記 入 欄	上記のとおり請求いたします。また、給付金の受領を下記の事業主に委任いたします。				
	令和 6 年 4 月 1 日		被保険者氏名		日特 太郎
	日本特殊陶業健康保険組合 御中				

医師の同意を受け  
 た傷病名を記入

原因・経過を詳しく  
 記入してください

1ヶ月分の領収書の合  
 計金額を記入

医師の診察を受け、同意を受  
 けた情報を記入または同意  
 書を添付してください。

- ※1 締切は毎月20日(健保必着)、医療機関との併用確認等のため、最短で3ヶ月後の給与に振込みます。  
 (退職者、任継は末日口座振込) 適正な支給のための審査により、支給が遅れることがあります。
- ※2 必ず毎月末日までで1ヶ月毎の請求にしてください。
- ※3 「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。但し、前月分以前の申請書に  
 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。
- ※4 以下の書類を添付してください。  
 初回申請時→医師の同意書(原本)、施術に要した費用の領収書(原本)  
 2回目以降 → 施術に要した費用の領収書(原本)  
 【該当する場合】医師の同意書(原本)、施術報告書(写)、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

受付日

健保記入欄			
回数	交付料有無	施術報告書同意日	備考

\*「日特健保プライバシーポリシー」に基づき、個人情報を目的外には使用しません。

以下は、はり師・きゅう師が記入してください。

初療年月日		施術期間		実日数	請求区分
R 年 月 日		R 年 月 日 ~ R 年 月 日		日	新規・継続
同意を受けた傷病名		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			
施術内容欄	はり	円 ×	回 =	円	摘要  ※施術管理者以外が施術した場合に記入  施術者氏名 ( )  施術日 ( . . . 日)  ※往療を必要とした場合に記入  往療日 ( . . . 日)  往療を必要とした理由 ( )
	きゅう	円 ×	回 =	円	
	はり・きゅう併用	円 ×	回 =	円	
	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人から9人)	円 ×	回 =	円	
	訪問施術料 (10人以上)	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	
	特別地域 (加算)	円 ×	回 =	円	
往療料	4 km まで	円 ×	回 =	円	
	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◎ 訪問1①訪問2② 訪問3③	( 月 施術分) 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				
		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		
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。					
令和 年 月 日					
所在地					
施術所名					
はり師免許登録番号 ( ) 電話番号					
きゅう師免許登録番号 ( ) 施術管理者名 (印)					

はり師、きゅう師の  
証明を  
受けてください