

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書(年 月分) (はり・きゅう用)

※医療機関との重複治療の場合は申請できません。

近畿化粧品健康保険組合

提出日 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	保険証の記号-番号 (右づめ)		被保険者氏名		(フリガナ)			
	療養を受けた者の氏名・生年月日等		氏名		生年月日		年齢 被保険者との続柄	
	傷病名		発症又は負傷年月日 (療養開始日)		年 月 日			
	発症・負傷の原因及び経過				第三者行為によるものですか		0 : いいえ 1 : はい	
	診療を受けた施術所の名称		所在地		施術者の氏名		施術に要した費用の額	
	振込口座		金融機関名		支店名		本店 支店 出張所	
			銀行 金庫 農協		口座名義		口座番号	
			カナで記入		口座番号		預金種別 普通・当座・その他()	
							円	
	は り 師 ・ き ゅう 師 記 入 欄	初療年月日		施 術 期 間		実日数		請求区分
年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日		日		新規・継続		
傷 病		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				転 帰		
初 回		1. はり 2. はり(電気針併用) 3. きゅう 4. きゅう(電気温灸器併用) 5. はり、きゅう併用 6. はり、きゅう併用(電気針、電気温灸器併用)				円		
2 回目以降		◇はり		円×		回= 円		
		◇はり(電気針併用)		円×		回= 円		
		◇きゅう		円×		回= 円		
		◇きゅう(電気温灸器併用)		円×		回= 円		
		◇はり、きゅう併用		円×		回= 円		
		◇はり、きゅう併用(電気針、電気温灸器併用)		円×		回= 円		
		◇往療料		円×		回= 円		
		◇往療料 () km超		円×		回= 円		
		◇施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)		円×		回= 円		
		合 計				円		
施術日		通院○ 往療◎		月		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		
施 術 証 明 欄		保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地		住所		
						電話番号		
						施術所名 氏名		
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		

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

ただし、代理人は被保険者(申請者)の被扶養者に限ります。施術者及びその関係する法人等への委任はできません。

委 任 欄	本申請書に基づく給付金の受領を代理人に委任します。		被保険者(申請者)との関係 ()	
	年 月 日		住所 〒 - -	
	住所 〒 - -		電話番号 - -	
	申請者 氏名		代理人 氏名	

○この申請書には、必ず当該疾病について現に診察を受けている主治医の同意書(医師の住所、氏名、病名等記載のもの)と、施術に要した費用の「領収書(原紙)」を添付してください。

※再同意の同意書は初療または医師による再同意日が、月の15日以前の場合は当該月の5ヶ月後の月の末日、

月の16日以降の場合は当該月の6ヶ月後の末日まで有効。なお、有効期間内における2回目以降の請求にあつては省略可。

○施術報告書交付料を申請する場合は、施術報告書の写しを添付してください。

○該当する場合、往療状況確認表、1年以上・月16回以上施術継続理由・状況記入書の添付が必要です。

受付印

同意書

(はり・きゅう療養費用)

患 者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
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 ()	
症 状	(施術が必要な症状について具体的に記入ください。)	
施術同意理由	(施術による効果等の同意理由を具体的に記入ください。)	
発病年月日	年	月 日
初診年月日	年	月 日
初回同意年月日	年	月 日
施術同意期間	年	月 日 ~ 年 月 日
往療の必要性	必要とする ⇒ 必要としない	医療機関の受診方法が通院である場合は、往療を要する具体的理由ご記入ください。 ()
上記の者については、頭書の疾病により、はり・きゅうの施術が必要と認め、同意する。 同 意 日 年 月 日 保 険 医 療 機 関 名 _____ 所 在 地 _____ 保 険 医 _____ 印		

往療状況確認表

月分 施術者氏名

受療者氏名：

往療先住所： ※施設へ入所の場合は施設の住所

※施設への入所の場合：施設名称（ ）施設種別
（ ）

日	同一日・同一建物記入欄	往療の起点 (出発点または先順位住所)	施術開始時間	起点からの直線距離 (地図上の直線距離)
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

〈往療を必要とする理由〉
 1. 独歩による公共交通機関等を使っての外出が困難
 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難
 3. その他（ ）

〈介護保険の要介護度〉（ 1 . 2 . 3 . 4 . 5 ）分かれば記載下さい

〈医療機関等への受診方法についてお知らせください〉
 1. 独歩 2. 往診 3. 車椅子等（ ）
 付き添い（ ア. 有り イ. 無し）

注 ・ 施設種別とは特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護療養型医療施設・グループホーム・ショートステイなど

- ・ 同上の場合は、「同上」や「〃」との記載で差し支えない。
- ・ 同一日・同一建物記入欄には、同一日に同一建物への往療に該当する場合であって、当該患者について往療料を算定している場合には「◎」を、算定していない場合には「○」を記入すること。
- ・ 往療の起点については、個人宅は丁目までの記載で可とする。
- ・ 個人情報の取り扱いには、十分注意すること。