

# 健康保険 被保険者 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		
	傷病名				発症又は負傷年月日 (療養開始日)		年 月 日		被保険者との続柄		
	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		支店名		本店 支店 出張所		預金種別 普通・当座・その他 ( )	
				銀行 金庫 農協		口座名義		口座番号			
				カナで記入							

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	転帰																								
	年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日				日	新規・継続	継続・治癒 中止・転医																								
	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							適要																								
	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				上記のとおり施術を行い、その費用を徴収しました。				年 月 日																								
	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地				住所																												
	免許登録番号 はり師				電話番号				- -																								
同意記録	免許登録番号 きゅう師				施術所名				氏名																								
	同意医師の氏名				住所				同意年月日				傷病名				要加療期間																
								年 月 日																									

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 氏名及び印				代理人 氏名及び印			

- 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っては省略可。  
 ○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、一年以上・月16回以上施術継続理由・状況記入書の添付が必要です。  
 ◎同意した医師の診療報酬明細書を確認し、同月に他の医療機関等で同一部位の治療がないかなど審査を経て支給の可否を決定します。従って、支給時期は施術月から数ヶ月後となります。

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 <small>( 施術が必要な症状について具体的に記入ください。 )</small>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
施術同意理由 <small>( 施術による効果等の同意理由を具体的に記入ください。 )</small>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
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				

〈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。