

【メール提出不可】

療養費支給申請書 (年 月分)(はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号-番号		発病又は負傷年月日		傷病名							
	—		年 月 日									
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	続柄	発症又は負傷の原因及びその経過								
男 ・ 女		業務上・外、第三者行為の有無										
年 月 日生		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他										
施 術 内 容 欄	初療年月日		施術期間			実日数	請求区分					
	年 月 日		自・ 年 月 日 ~ 至・ 年 月 日			日	新規・継続					
	傷病名		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頰腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()				転 帰					
	初検料		円				摘 要					
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用											
	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		円 × 回 =					円				
	1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具											
往療料 4 km まで		円 × 回 =		円								
往療料 4 km 超		円 × 回 =		円								
施術報告書交付料 (前回支給: 月分)		円 × 回 =		円								
費用額計		円										
施術日	通院○	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										
往療◎	月											
施 術 証 明 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						
	年 月 日											
	免許登録番号	はり師		住所								
免許登録番号	きゅう師		氏名			電話						
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。											
	在職被保険者の場合は、本件療養費の受領方を事業主に委任します。(※)											
	年 月 日											
A I G健康保険組合理事長 殿		申請者 住所		電話								
		(被保険者)		氏名								
(※) 給付金は、毎月15日健保受付締め切り、翌月給与に振込いたします。(任意継続者は、翌月20日登録口座へ振込)												
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						
				年 月 日								

※療養費支給申請書に必要な事項をご記入の上、下記(1)~(4)の書類を添えて提出して下さい。(裏紙での申請不可)

【提出先】ヒューマン・リソース・パートナーズ(〒540-6319 大阪府大阪市中央区城見1-3-7 IMPビル19階)任意継続者は健保宛

- (1) 治療内容の書いてある領収書(原本) ※レシート不可
- (2) 初回申請時および施術を継続する場合は6ヶ月毎に「医師の施術同意書(原本)」※口頭のみでの再同意は不可
- (3) 施術師より施術報告書を交付された場合はその写し
- (4) 初療の日から1年以上経過しており、施術回数が16回以上/月の場合
施術継続理由・状態記入書

- i) 申請者(被保険者)が記入するところ
①被保険者欄 ②申請欄
- ii) 施術師が記入するところ
① 施術内容欄 ② 施術証明欄 ③ 同意記録