

【メール提出不可】

療養費支給申請書 (令和5年3月分)(はり・きゆう用)

記入例		の記号一番号	発病又は負傷年月日	傷病名		
77-7777		令和4年10月23日	頸肩腕症候群			
被 保 険 者 欄	(フリガナ) リョウヨウ タロウ	続柄	発症又は負傷の原因及びその経過			
	療養を受けた者の氏名 療養 太郎	男	不明			
	昭和40年4月5日生	本人	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				
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.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()			転 帰	
					継続・治癒・中止・転医	
施 術 内 容 欄	初検料		円		摘 要	
	1はり 2きゆう 3はりきゆう併用					
	施 術 料	はり	円 × 回 =	円		
		きゆう	円 × 回 =	円		
		はり・きゆう併用	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
		往療料 4kmまで	円 × 回 =	円		
往療料 4km超	円 × 回 =	円				
施術報告書交付料(前回支給:)		円				
費用額		円				
施術日	21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					
通院○						
往療◎						
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用は 年 月 日					
	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地					
免許登録番号						
免許登録番号	きゆう師	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。(※) 令和5年4月1日					
	A I G健康保険組合理事長 殿		申請者 住所 東京都江東区〇〇町〇-△-□ (被保険者) 氏名 療養 太郎 電話 06-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
	(※) 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 居	同意年月日	傷病名	要加療期間	
	施術師記入欄		年 月 日			

※療養費支給申請書に必要事項をご記入の上、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

- 治療内容の書いてある領収書(原本) ※レシート不可
- 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)」※口頭での再同意は不可
- 施術師より施術報告書を交付された場合はその写し
- 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

- 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
- 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