

【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	被保険者等記号・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 ～ 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																				
	初検料 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用				円	摘 要																			
	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 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具	円 × 回 =		円																				
	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 往 療	施術日	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																							
	通院○ 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。 年 月 日		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																				
	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 (被保険者) 氏 名 電 話 (※) 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)																								
備 考																									
同 意 記 録	同意医師の氏名		住 所		同意年月日	傷 病 名																			
					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

(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