

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		Global ID		発病又は負傷年月日		傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																												
	—				年 月 日																														
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)				続 柄		業務上・外、第三者行為の有無																											
						男 ・ 女	1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()																												
年 月 日生				施術した場所 (入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載)																															
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. 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・きゅう				施術の種類		1 術 回				2 術 回																							
		通所				円×		回＝				円																							
		訪問施術料 1				円×		回＝				円																							
		訪問施術料 2				円×		回＝				円																							
		訪問施術料 3 (3人～9人)				円×		回＝				円																							
		訪問施術料 3 (10人以上)				円×		回＝				円																							
	電療料 (加算 / 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)				円×		回＝				円																								
	特 別 地 域 (加 算)				円×		回＝				円																								
	往 療 料				円×		回＝				円																								
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)				円×		回＝				円																									
費 用 額 計				円																															
施術日 訪問1①				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																															
通所○ 訪問2②																																			
往療◎ 訪問3③				月																															
往療又は訪問の理由 1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ()																																			
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														住所																				
	AIG健康保険組合理事長 殿														申請者 (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)																																			
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。(裏紙の使用不可)

受 付 印

- (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)』を提出 ※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』

【提出先】 社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース・パートナーズ AIG担当 宛
〒540-6319 大阪府大阪市中央区城見1-3-7 IMPビル19階

※任意継続者の方は直接＜AIG健康保険組合＞に送付して下さい。

- 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