

【メール提出不可】

記入例

療養費支給申請書（令和5年3月分）（はり・きゅう用）

被 保 険 者 欄	記号・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	
	療養を受けた者の氏名	(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 太郎		男	不明	
施 術 内 容 欄	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
施 術 内 容 欄	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・治療・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		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：）				回 =	円	
費用額				円		
施 術 証 明 欄	施術日	1 2 3 4 5 6		0 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
	通院○	月				
	往療◎					
	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			
申 請 欄	免許登録番号		きゅう師 氏 名		電 話	
	免許登録番号					
	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）					
備 考						
	同意医師の氏名	住 宅	同意年月日	傷 病 名	要加療期間	
同意記録	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

(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

2023/4