

【メール提出不可】

記入例

療養費支給申請書（令和6年10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			
	1 — 12345	1234567	令和4年2月3日	頸腕症候群、原因不明、慢性的に強い痛みが続いている			
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ) コウセイ ハルオ		続柄	業務上・外、第三者行為の有無		
		厚生 春雄		男	1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他（ ）		
平成〇〇年△△月□□日生		女	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（ ）					
	初検料	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用					
	はり・きゅう	施術の種類	1 術 回	2 術 回	摘要		
	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			
	訪問施術料 3（10人以上）			円			
	電療料（加算／ 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具）			円			
	特別地域（加算）			円			
	往療料			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						
通所〇 訪問2②	月						
往療◎ 訪問3③							
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	
申請欄	免許登録番号	きゅう師				氏名	電話
	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6年11月1日 AIG健康保険組合理事長 殿 申請者（被保険者） 住所 〒000-0000 東京都墨田区錦糸〇-△-□ 氏名 厚生 春雄 電話 03-0000-0000						
(※) 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）』 ※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