

支給決定伺				支給決定 令和 年 月 日			
常務理事	事務長	担当		支給 決定額	法定		
					付加		
					合計		

受付年月日

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 ( 年 月分) (はり・きゅう用)  
被扶養者

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号-番号	-		被保険者 氏 名		
	施術を 受けた 者の	(フリガナ)		続 柄	発病または負傷年月日	
		氏 名			年 月 日	
		生年月日	昭・平	年 月 日	傷病名 (医師の同意を受けた傷病名)	
	発病または 負傷原因及び その経過			業務上・通勤途上 第三者行為の有無 (該当項目にチェック)	<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 第三者行為 → 該当の場合は「第三者の行為によ る傷病届」を提出	
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。 令和 年 月 日 千 百 十 円 住 所 三井住友海上健康保険組合 理事長 殿 被保険者 (請求者) 氏 名 印 日中連絡がとれる電話番号 ( )						

施 術 内 容 ・ 証 明 欄 ( 施 術 者 記 入 欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請 求 区 分	
	年 月 日	自:平・令 年 月 日~至:平・令 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	
	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 4 (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 通所○ 往療◎	訪問1① 訪問2② 訪問3③	月	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			
○往療または訪問の理由 (1. 徒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徒歩による外出困難 3. その他 ( ) )						
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 令和 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		
はり師免許登録番号			所在地			
きゅう師免許登録番号			施術所名			
			施術管理者名 電話			
同意 記録	医師の氏名	住 所		同意年月日	傷 病 名	要加療期間
			令和 年 月 日			

(注)「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

【必要添付書類】  施術に要した費用の領収書 (原本)

【その他添付書類 (該当する場合)】

医師の同意書 (原本)  施術報告書 (写)  往療状況確認表 (原本)  1年以上・月16回以上施術継続理由・状況記入書 (原本)