

極秘

療養費支給申請書（本人・家族）

令和 年 月分
(はり・きゅう用)

神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、申請します。

【被保険者の記入欄】

①被保険者証の記号と番号		②事業所の名称	
③被保険者の氏名		④被保険者の生年月日・年齢	昭・平・令 年 月 日 (歳)
⑤被保険者の住所	〒	TEL	()
⑥療養を受けた者の氏名・続柄	被保険者との続柄 ()	⑦療養を受けた者の生年月日・年齢	昭・平・令 年 月 日 (歳)
⑧傷病名		⑩発病又は負傷原因及びその経過	
⑨発病又は負傷の年月日	平・令 年 月 日		
⑪業務上の負傷ですか	はい・いいえ	⑫第三者の行為によるものですか	はい・いいえ
⑬振込先指定口座	金融機関コード	店番号	預金種別 普通・当座 口座番号
	銀行	支店	口座名義(カナ)
<input type="checkbox"/> ホームページ記載の注意事項を確認のうえ、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(受取代理人を指定する場合は利用できません。)			
受取代理人欄	当請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 ※委任をしない場合はこの欄の記入は不要です。		
	被保険者(請求者)の氏名と印	令和 年 月 日 氏名 ⑩	代理人住所 代理人氏名と印 ⑩ 代理人連絡先 電話
備考欄			

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記載してください。(マイナンバーを記載した場合、個人情報確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

【はり師・きゅう師の記入欄】

施術内容欄	初療年月日	平・令 年 月 日	施術期間	自・令和 年 月 日～至・令和 年 月 日	実日数	日	請求区分	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・きゅう	施術の種類	1術 回	2術 回	円																											
		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 (3~9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	
通所〇	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。 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																
同意記録	免許登録番号		はり師	住所																													
	免許登録番号		きゅう師	氏名	⑩	TEL	()																										
同意医師の氏名		住所		同意年月日		傷病名		要加療期間																									

【添付書類】「施術に要した費用の領収書」原本
「医師の同意書」原本(初回及び6か月ごと)

社会保険労務士記載欄