

- 被保険者
- 被扶養者

### 療養費 支給申請書 ( 年 月分 ) はり・きゅう用

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	—	保険証 に記載 あり	被保険者氏名	Ⓔ		
	事業所名称				続柄	生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	受療者氏名				発病又は 負傷年月日	平成 年 月 日	
	傷病名						
	発症又は負傷の 原因及びその経過						
	業務上・外、第三 者行為の有無	<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 第三者行為による <input type="checkbox"/> どちらにも該当しない <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	本給付の受領に関する権限は、私の所属する事業主を代理人と定め委任します。 (任意継続の方および退職者の方は記入不要) 平成 年 月 日 丁目 被保険者の住所 大日本住友製薬健康保険組合理事長殿 (申請者) 氏名 Ⓔ						
退職者のみ記入	振込希望銀行	普通	銀行	支店	口座名義 (フリガナ)		

施 術 者 ( は り ・ き ゅ う 師 ) 記 入 欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請 求 区 分	
	平成 年 月 日	自・平成 年 月 日 ～ 至・平成 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	転 帰
		5.腰痛症	6.頸椎捻挫後遺症	7.その他 ( )		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 内 容	はり			円× 回＝ 円	※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名
		きゅう			円× 回＝ 円	
	料	はり・きゅう併用			円× 回＝ 円	施術日 . . . . . 日
	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	4kmまで		円× 回＝ 円		
	往療料	4km超		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× 回＝ 円		

施術日 通院○ 往療◎	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	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		保険所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地
平成 年 月 日			はり師・きゅう師 所在地	施術所名		
はり師免許登録番号			施術管理者名			Ⓔ
きゅう師免許登録番号			電 話			
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	
			平成 年 月 日			

- [注意事項] ・申請書は暦月を単位として作成してください。  
・任意継続の方は、資格取得時に申請された口座への入金となります。
- [添付書類]  領収書・原本(全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印があるもの)
- [その他添付資料(該当する場合)]  
 医師の同意書(初回受診時および、前回の同意から6ヶ月を超えて引き続き受診する場合)  
 施術報告書(施術報告書交付料の申請を行う場合)  
 往療状況確認書  
 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

記入例

- 被保険者
- 被扶養者

療養費 支給申請書 ( \*\* 年 \*\* 月分 ) はり・きゅう用

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	** - ****	保険証 に記載 あり	被保険者氏名	大住 太郎 (印)		
	事業所名称	*****					
	受療者氏名	大住 花子		続柄	妻	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ** 年 ** 月 ** 日 <input type="checkbox"/> 平成
	傷病名	リウマチ		発病又は 負傷年月日	平成 ** 年 ** 月 ** 日		
	発症又は負傷の 原因及びその経過	*****					
	業務上・外、第三 者行為の有無	<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 第三者行為による <input checked="" type="checkbox"/> どちらにも該当しない <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	本給付の受領に関する権限は、私の所属する事業主を代理人と定め委任します。 (任意継続の方および退職者の方は記入不要) 平成 ** 年 ** 月 ** 日 〒 ***** 被保険者の住所 ***** 大日本住友製薬健康保険組合理事長殿 (申請者) 氏名 大住 太郎 (印)						
退職者のみ記入	銀行	支店	口座名義	(フリガナ)			
振込希望銀行	普通 ・ 口座番号						

施 術 者 ( は り ・ き ょ う 師 ) 記 入 欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請 求 区 分	
	平成 年 月 日	自・平成 年 月 日 ~ 至・平成 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 内 容 欄	はり	円 × 回 =		円	※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 施術日 . . . . . 日
		きゅう	円 × 回 =		円	
		はり・きゅう併用	円 × 回 =		円	
		電療料	円 × 回 =		円	
	往療料	4kmまで		円 × 回 =	円	
	往療料	4km超		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 × 回 =		円			
施術日 通院○ 往療○	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					
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。		保険所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地		
	平成 年 月 日		はり師・きゅう師 所在地			
	はり師免許登録番号	施術所名		施術管理者名	(印)	
	きゅう師免許登録番号		電話			
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	
			平成 年 月 日			

施術者が記入

[注意事項]

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・任意継続の方は、資格取得時に申請された口座への入金となります。

[添付書類]

- 領収書・原本(全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印があるもの)

[その他添付資料(該当する場合)]

- 医師の同意書(初回受診時および、前回の同意から6ヶ月を超えて引き続き受診する場合)
- 施術報告書(施術報告書交付料の申請を行う場合)
- 往療状況確認書
- 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

- 被保険者
- 被扶養者

# 療養費 支給申請書 ( 年 月分) あんま・マッサージ・指圧用

被 保 険 者  記 入 欄	記号・番号	—	保険証 に記載 あり	被保険者氏名			Ⓜ
	事業所名称						
	受療者氏名		続柄		生年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	傷病名		発病又は 負傷年月日		平成		年 月 日
	発症又は負傷の 原因及びその経過						
	業務上・外、第三 者行為の有無	<input type="checkbox"/> 業務上	<input type="checkbox"/> 第三者行為による	<input type="checkbox"/> どちらにも該当しない	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
	本給付の受領に関する権限は、私の所属する事業主を代理人と定め委任します。 (任意継続の方および退職者の方は記入不要) 平成 年 月 日 丁 被保険者の住所 大日本住友製薬健康保険組合理事長殿 (申請者) 氏名 Ⓜ						
退職者のみ記入	振込希望銀行	普通	銀行	支店	口座名義 (フリガナ)		

施 術 者 ( あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ ・ 指 圧 師 )  記 入 欄	初療年月日	平成 年 月 日	施 術 期 間	自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日	実日数	日	請 求 区 分	新規・継続	
	傷病名又は症状					円×	回＝	円	転 帰 継続・治癒・中止・転医
	マ ッ サ ー ジ	軀 幹	円×	回＝	円	摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 施術日 . . . . . 日			
		右上肢	円×	回＝	円				
		左上肢	円×	回＝	円				
		右下肢	円×	回＝	円				
		左下肢	円×	回＝	円				
	変形徒手矯正術	円×	肢×	回＝	円				
	温 罨 法	円×	回＝	円					
	温罨法・電気光線器具	円×	回＝	円					
	往療料 4kmまで	円×	回＝	円					
	往療料 4km超	円×	回＝	円					
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円×	回＝	円					
	合 計	円×	回＝	円					
	施術日 通院○ 往療◎	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						
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。	平成 年 月 日	あんまマッサージ指圧師	所在地	所在地	1. 施術所所在地	2. 出張専門施術者所在地			
免許登録番号			施術所名						
			施術管理者名						
			電話						
同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷病名	要加療期間					
		平成 年 月 日							

[注意事項] ・申請書は暦月を単位として作成してください。  
・任意継続の方は、資格取得時に申請された口座への入金となります。

[添付書類]  領収書・原本(全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印があるもの)

[その他添付資料(該当する場合)]  
 医師の同意書(初回受診時および、前回の同意から6ヶ月を超えて引き続き受診する場合)  
 施術報告書(施術報告書交付料の申請を行う場合)  
 往療状況確認書  
 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

**記入例**

- 被保険者
- 被扶養者

療養費 支給申請書 ( \*\* 年 \*\* 月分 ) あんま・マッサージ・指圧用

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	** - *****	保険証 に記載 あり	被保険者氏名	大住 太郎		(印)
	事業所名称	*****					
	受療者氏名	大住 花子		続柄	妻	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ** 年 ** 月 ** 日 <input type="checkbox"/> 平成
	傷病名	筋麻痺		発病又は 負傷年月日	平成 ** 年 ** 月 ** 日		
	発症又は負傷の 原因及びその経過	*****					
	業務上・外、第三 者行為の有無	<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 第三者行為による <input checked="" type="checkbox"/> どちらにも該当しない <input type="checkbox"/> その他( )					
	本給付の受領に関する権限は、私の所属する事業主を代理人と定め委任します。 (任意継続の方および退職者の方は記入不要)						
	平成 ** 年 ** 月 ** 日 印 ***** 被保険者の住所 ***** 大日本住友製薬健康保険組合理事長殿 (申請者) 氏名 大住 太郎 (印)						
	退職者のみ記入	振込希望銀行	普通	銀行	支店	口座名義	(フリガナ)

施 術 者 あ ん ま ・ マ ッ サ ー ジ ・ 指 圧 師 記 入 欄	初療年月日	平成 年 月 日	施術期間	自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日	実日数	日	請求区分	新規・継続
	傷病名又は症状							転 帰 継続・治癒・中止・転医
	マ ッ サ ー ジ	軀幹	円×	回＝	円	摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 施術日 . . . . . 日		
		右上肢	円×	回＝	円			
		左上肢	円×	回＝	円			
		右下肢	円×	回＝	円			
		左下肢	円×	回＝	円			
	変形徒手矯正術	円×	回＝	円				
	温 罨 法	円×	回＝	円				
	温罨法・電気光線器具	円×	回＝	円				
	往療料 4kmまで	円×	回＝	円				
	往療料 4km超	円×	回＝	円				
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円×	回＝	円				
	合 計	円×	回＝	円				
	施術日 通院○ 往療◎	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					
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。	保険所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地						
平成 年 月 日	あんまマッサージ指圧師 所在地	施術所名 施術管理者名 (印) 電話						
同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷病名	要加療期間				
		平成 年 月 日						

施術者が記入

- [注意事項]
- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
  - ・任意継続の方は、資格取得時に申請された口座への入金となります。
- [添付書類]
- 領収書・原本(全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印があるもの)
- [その他添付資料(該当する場合)]
- 医師の同意書(初回受診時および、前回の同意から6ヶ月を超えて引き続き受診する場合)
  - 施術報告書(施術報告書交付料の申請を行う場合)
  - 往療状況確認書
  - 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書