カヤバ健康保険組合　理事長様　　年　月　日提出

療養費支給申請書（　年　月分）（はり・きゅう用）

被保険者欄				
○被保険者証等の記号番号		○発病又は負傷年月日	○傷病名（医師の同意を受けた傷病名）	
ー		年　月　日		
施術を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女	続柄 1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他（　）	○発症又は負傷の原因及びその経過	
	昭・平・令　年　月　日生		○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	

本紙（または添付）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。ただし、給付金の受領を下記事業主に委任します。またカヤバ健康保険組合が医療機関等の関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。申請書は本人が作成し、記載について誤りがないことを本人が確認しています。

年　月　日　　住　所
被保険者氏名　　（署名又は記名押印）

施術内容欄				
初療年月日	施術期間	実日数	請求区分	
平・令　年　月　日	自 令和　年　月　日～至 令和　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 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 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名＿＿＿＿ 施術日　・　・　・　日	
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 1電気針　2電気温灸器　3電気光線器具	円×　回＝　円	※往療を必要とした場合に記入 往療日　・　・　・　日	
往療料　4kmまで		円×　回＝　円		
往療料　4km超		円×　回＝　円	往療を必要とした理由	
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。 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				
同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
		令和　年　月　日		

事業主記入欄	
委任を受けた給付金の受領は、カヤバ健康保険組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。 受任者 〒 所在地 事業所　名称 事業主名	

＜記入にあたっての注意事項＞
- 申請書は暦月を単位として作成してください。
- 二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」および「同意記録」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- 「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。

＜提出の流れ＞本人 → 事業所 → 健康保険組合　（※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください）
※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

＜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（写し）　□往療状況確認表　□1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です）