

被 保 険 者 欄	〇被保険者等の記号番号	〇記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入	〇発病又は負傷年月日	〇傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過
	〇〇〇-〇〇〇〇〇		〇年〇月〇日	腰痛症
	療養を受けた者の氏名	(フリガナ) ケンボ ジロウ 健保 次郎	続柄 本人	〇業務上・外、第三者行為の有無 (1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ()) 〇施術した場所 (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)
	明・大・昭 平・令 〇年〇月〇日生			

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・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
	初検料			継続・治癒・中止・転医
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用		円	摘 要
	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	二重線内(施術内容欄・施術証明欄・同意記録)は、施術管理者へ記入を依頼してください。		
	訪問施術料 2			
	訪問施術料 3 (3人～9人)			
訪問施術料 3 (10人以上)	円× 回= 円			
電療料 (加算 / 1電気針 2電気温炎器 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② 訪問2②				
往療③ 訪問3③				
〇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。	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
	令和 年 月 日	〒 -	
	免許登録番号	はり師 住所	氏名 電話
	免許登録番号	きゅう師	

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		

申 請 欄	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。但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をするに同意いたします。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。	令和 〇年 〇月 〇日
	申請者 (被保険者)	住所 岐阜県可児市土田6 氏名 健保 次郎
		氏名 健保 (署名又は記名押印)

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和 〇年 〇月 〇日
申請者 (被保険者)	住所 岐阜県可児市土田66 氏名 健保 次郎	
代理人	住所 氏名	退職者や任意継続者の代理人 (ご家族など) が記入する欄です。現役の従業員については記入不要です。

<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

パソコン入力の場合は、押印が必要です。