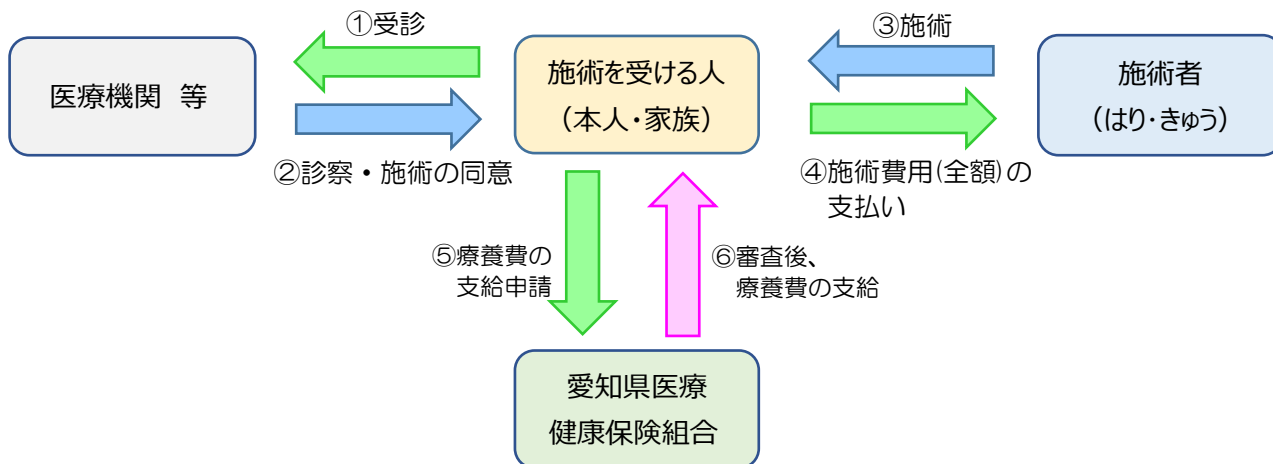


健康保険 療養費支給申請書【はり、きゅう用】 記入例

当組合は償還払い（全額立て替え払い）方式となります。
医師の同意を得て、はり、きゅうの施術を受けた場合は、1カ月単位で申請を行ってください。

【償還払いの流れ】



療養費(はり・きゅう)の支給要件

慢性病であって医師による適正な治療手段がなく、治療上の効果があると医師が認めた場合に限られます。

※本人が希望して施術を受ける場合には、健康保険の対象とはなりません。

■対象となる疾病

- ◆神経痛 ◆リウマチ ◆頸腕症候群 ◆五十肩 ◆腰痛症 ◆頸椎捻挫後遺症 等
- ※慢性的な疼痛を症状とする疾患

■医師がはり・きゅうの施術について同意していること

療養費の支給を受けるためには、医師の同意書（原本）が必要となります。

また、初診の日から6カ月を超えて引き続き施術を受ける場合は、医師の再同意書の交付が必要になります。

●同意の有効期限は次のとおりです。

・初診日、再同意日が月の1日～15日まで ⇒ 5カ月後の末日まで有効

・初診日、再同意日が月の16日～末日まで ⇒ 6カ月後の末日まで有効

※「同意または再同意を求める医師は、原則として当該疾病にかかる主治医とすること。」となっております。

■支給に関する注意事項

- 単なる肩こりや筋肉痛、疲労回復を目的とした施術は支給対象外になります。
- 支給対象の疾病であっても、同時に同じ疾病で医療機関で治療を受けている間は、支給対象外になります。
- 健康保険法で認められた治療と料金に基づいて支給額を算出します。
(支払った費用(10割)すべてが支給対象であるとは限りません。)

■組合からのお願い

当組合では、療養費の適正な支給を行うため、受診内容の確認、医師へ照会する場合があります、申請から支給までに時間を要することもありますので、ご理解いただきますようお願いいたします。

■申請書は1ページです。

①左側（被保険者記入用）

被保険者ご自身または、被保険者が亡くなった場合は相続人の方が記入してください。

②右側（はり師、きゅう師記入用）

施術を受けたはり師またはきゅう師に記入を依頼してください。

■必要書類

①領収書の 原本	施術に要した費用の領収書の 原本 を添付してください。
②医師の同意書の 原本	初回の場合は、医師の同意書の 原本 を添付してください。（初療日または医師の同意日から6カ月の施術に対し有効）有効期限後の施術分には「医師の再同意書」の 原本 を添付してください。
③施術報告書の写し	施術者から施術報告書を貰い受けた時は、写しを添付してください。

●上記必要書類の他、以下に該当する場合は追加で添付してください。

第三者の行為による傷病の場合	「第三者の行為による傷病届」※ 【当該傷病にかかる初回申請時のみ】
被保険者が亡くなり、家族の方が申請する場合	被保険者と続柄がわかる「戸籍謄本」等

※ホームページから印刷できます。

左側

①

被保険者の情報を正確に記入してください。
記号・番号は保険証に記載してあります。

被保険者が亡なられての申請の場合は、申請される方の氏名、住所、電話番号を記入してください。
(振込口座も同様です。)

②

被扶養者(家族)が施術を受けた場合は記入してください。

③

療養を受けた医療機関等に、文書等により当該申請内容について照会する場合があります。
必ず同意書欄を記入してください。

④

振込を希望する口座を通帳等を確認しながら、正確に記入してください。
ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種別・口座番号をご記入ください。

被保険者 療養費支給申請書 (はり、きゅう用)

令和 3 年 7 月 18 日提出

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号	123	被保険者名	健保 太郎				
	② 氏名	3210	生年月日	昭和 平成・令和 54年 12月 30日				
	③ 被保険者の現住所	〒000-0000 電話 000 (000) 0000 名古屋市〇〇区〇〇町1-1 ΔΔマンション101						
	④ 事業所名称	医療法人 〇〇会						
	⑤ 被扶養者が施術を受けた場合は、下記の氏名・生年月日・続柄を記入してください。							
	氏名	健保 花子	生年月日	昭和・平成・令和 57年 11月 15日				
	被保険者との続柄	妻						
	⑥ 傷病名	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input checked="" type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	⑦ 発病又は負傷年月日	昭和・平成・令和 2年 5月 10日						
	⑧ 発病又は負傷の原因(詳細に記入)	い つ・・・ 不詳 ど こで・・・ 不詳 どのように・・・ 不詳						
	⑨ 第三者によるものですか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>						
	⑩ 業務中に発生したものですか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>						
⑪ 施術を受けた施術所	名称	〇〇〇〇鍼灸院						
	所在地	名古屋市△△区△△町2-10						
⑫ 施術を受けた日(〇を付けてください)	令和 2年 5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 【 4 日間】						
⑬ 同意書欄	保険給付決定に必要なが生じた場合、療養を受けた医療機関(海外を含む)等に、健康保険組合が文書等により当該申請内容等について照会することに同意します。 被保険者氏名 健保 太郎							
※ 同意医師へ確認させて頂くこともございますので、正確にご記入ください。								
④	(フリガナ) 払渡し希望銀行の口座	〇〇〇〇	預金の種類	普通	店番	〇〇〇	口座名義人氏名(被保険者)	
		〇〇〇〇	当座				ケンボ タロウ	
		〇〇〇〇	貯蓄		口座番号	1234567	氏名	健保 太郎
		〇〇〇〇	支店					
※	受領代理人の欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日					
		代理人(口座名義人)	(〒 -) TEL ()					
		住所	氏名フリガナ.....					
・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。) 被保険者のマイナンバー記載欄								

※ 被保険者(申請者)以外の方へ支払を希望される方は、必ず「受取代理人の欄」を記入してください。