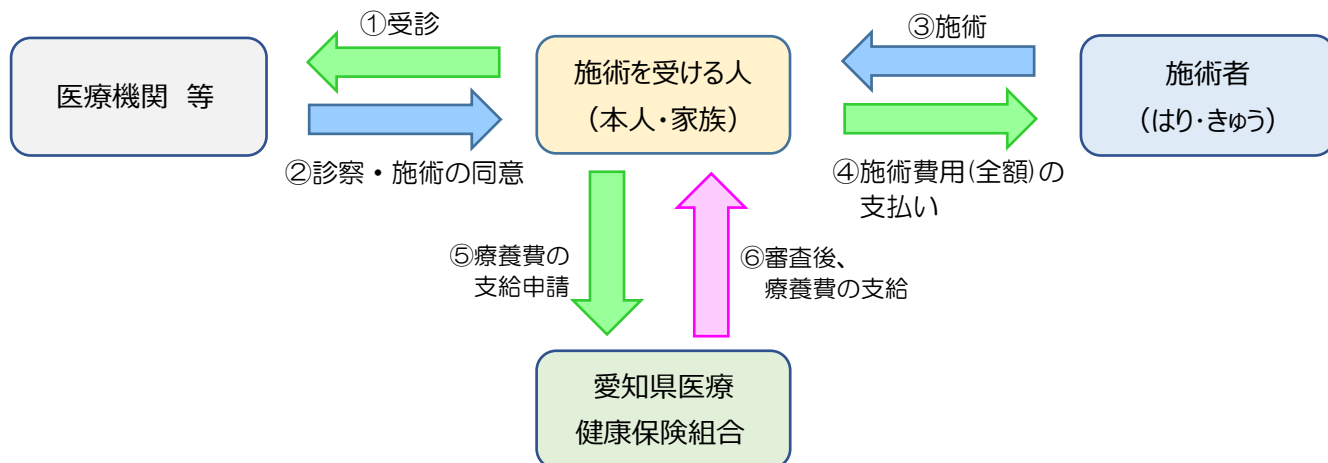


当組合は償還払い（全額立て替え払い）方式となります。  
 医師の同意を得て、はり、きゅうの施術を受けた場合は、1か月単位で申請を行ってください。

【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か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か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か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 <b>原本</b>	施術に要した費用の領収書の <b>原本</b> を添付してください。
②医師の同意書の <b>原本</b>	初回の場合は、医師の同意書の <b>原本</b> を添付してください。（初療日または医師の同意日から6か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 <b>原本</b> 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『資格情報のお知らせ』または『マイナポータル』から確認してください。（不明の場合は、マイナンバー記載欄にマイナンバーを記入してください。）  
被保険者が亡なられたの申請の場合は、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、被扶養者の情報を記入してください。

③ 申請内容を記入してください。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。※ **必ず同意欄を記入してください。**

④ **公金受取口座を利用する場合**  
・口に✓を記入してください。（口座情報の記入は不要）  
◎ **マイナポータル等で事前登録が必要です。登録されているか再確認してください。**

**公金受取口座を利用しない場合**  
・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・口座番号を記入してください。

**被保険者・療養費支給申請書（はり、きゅう用）**

被保険者（申請者）記入用

① 被保険者のマイナンバー記載欄 ※以下に被保険者等記号・番号を記入した場合は、マイナンバーの記入は不要です。

被保険者等記号・番号	123 3210	生年月日	昭和54年12月30日
氏名	健保 太郎		
住所	〒000-0000 TEL 000(000)0000 名古屋市〇〇区〇〇町1-1 △△マンション101		

被扶養者が住所を異にする場合は、下記に氏名・生年月日・続柄を記入してください。

氏名	② 健保 花子	生年月日	昭和57年11月15日	続柄	妻
----	---------	------	-------------	----	---

③ 傷病名及び症状 **③ 頚椎捻挫後遺症**

発病又は負傷年月日 平成・令和 5年 2月 5日

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

第三者によるものですか。 はい・いいえ  
「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

業務中に発生したものですか。 はい・いいえ

施術を受けた施設名 〇〇〇〇鍼灸院  
所在地 名古屋市△△区△△町2-10

施術を受けた日（○を付けてください） 令和7年7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】  
※ 毎月単位で1月につき1枚の申請が必要となります。

同意欄 療養給付決定に必要な場合、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

※ 公金受取口座は上記の欄を記入し、公金受取口座を指定してください。

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。（利用する場合は☑、利用しない場合は下記の欄を記入。）  
注）口座情報の反映には登録から数日を要します。公金口座が正しく登録されているかご確認ください。

④ 銀行	本店	預金種別	口座番号（左つめてご記入ください）	口座名義（カタカナ）
〇〇〇〇	〇〇 支店	1普通 2当座	1 2 3 4 5 6 7	ケンポ タロウ

【添付書類】 ●領収書(原本) ●医師の同意書(原本) ●施術報告書(写し)。  
\* 初療日または医師の同意日から6か月の施術に対し有効となります。有効期限後の施術分には「医師の再同意書」を添付してください。また、施術報告書を施術者から貰い受けた時は、その写しを添付してください。  
【注意事項】 本人からの施術希望、日常生活の疲労回復(疲れ・腰痛・肩こり)や施術予防のマッサージ等は支給対象にはなりません。  
【提出先】 愛知県国家健康保険組合 〒460-0011 名古屋市中区大須三丁目30番60号 電話 052-269-3203 [R6.12]

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。