

提供先:被保険者(社員・任意継続被保険者)⇒小野薬品健康保険組合

療養費支給申請書 (令和 年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 記 入 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)		
	—		令和 年 月 日				
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)		続 柄		○発症又は負傷の原因及びその経過	
男・女		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ( )		○業務上・外、第三者行為の有無			
年 月 日生				<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 第三者行為である <input type="checkbox"/> その他			
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間		実日数	請 求 区 分	
	令和 年 月 日		自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日		日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続	
	傷病名		<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <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 ( )		転 帰		
	初 検 料				円	摘 要	
	<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> はりきゅう併用				円	※施術管理者以外が施術した場合に記入	
	施 術 料	はり		円× 回=		円	施術者氏名 _____
		きゅう		円× 回=		円	施術日 . . . . 日
		はり・きゅう併用		円× 回=		円	※往療を必要とした場合に記入
	電療料				円	往療日 . . . . 日	
	<input type="checkbox"/> 電気針 <input type="checkbox"/> 電気温灸器 <input type="checkbox"/> 電気光線器具		円× 回=		円	往療を必要とした理由	
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			
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。		保健所登録区分		<input type="checkbox"/> 施術所所在地 <input type="checkbox"/> 出張専門施術者住所地		
	令和 年 月 日		所 在 地				
	はり師免許登録番号 _____		施 術 所 名				
	きゅう師免許登録番号 _____		施 術 管 理 者 名		電話		
被 保 険 者 記 入 欄	上記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。 令和 年 月 日		被保険者 住 所		〒 —		
	小野薬品健康保険組合理事長 殿 (請求者)		氏 名		電話		
本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日		被保険者氏名					
※ 会社を介して給付金を給与口座に振込むために必要ですので必ず署名下さい。 ※ 但し、任意継続被保険者の方は、当欄への記入は不要です。							
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				

※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。

(裏面につづく)

健 保 組 合 使 用 欄		
常務理事	事務長	担当者

<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」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- ・「受取委任の欄」は、会社を介して給付金を給与口座に振込むために必要ですので必ず署名をお願いします。
- ・「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。

<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

**【お問い合わせ先】**

小野薬品健康保険組合  
〒541-0045 大阪府大阪市中央区道修町2-1-5  
TEL:06-6222-5665 FAX:06-6222-5650