

健康保険被保険者療養費支給申請書

はり・きゅう用

被 保 険 者 情 報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入して下さい		
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)				
	氏名	(フリガナ)		生年 月日	元号 年 月 日
	住所	(〒 -)		都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	()			
療養費受給要件確認のため、健康保険組合が必要事項について調査することに			☐ 同意する ☐ 同意しない		
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)					

振 込 先 指 定 口 座	☐ 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1) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 注2) 給付金の受取をマイナポータル等で登録した公金受取口座にした場合、申請後に公金受取口座情報を登録・変更・抹消されたときは、変更前の口座に給付される場合があります。					
	※在職期間中の申請をする場合は、下記の記入は不要です。					
	金融機関名・店舗名	農業協同組合				本店 支店
	金融機関コード ・店番号			口座 種別	1. 普 通 2. 当 座	口座 番号
	口座名義 (カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。 濁点(・)、半濁点(゜)は1文字としてご記入ください。				口座名義 の区分
						☐ 1. 申請者 ☐ 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

受 領 代 理 人 の 欄	被保険者 (申請者)	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。		年 月 日
	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	住所	TEL ()	委任者と 代理人との 関係
	氏名	(フリガナ)		

「被保険者記入欄」は2ページに続きます。>>>

※添付書類や支給要件等を、事前に愛知県農協健康保険組合ホームページでご確認のうえ申請してください。

添付書類	・領収書【原本】 ・医師の同意書【原本】 ※初療日又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、医師の再同意が必要です。 ・施術報告書【写し】 ※施術報告書交付料が算定された場合 ・1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書【原本】 ※初療日から1年以上経過し、かつ、1か月間に16日以上施術を受けている場合 ・訪問施術総括表【原本】 ※訪問施術料4又は5を算定する療養費支給申請書の場合	受付日付印
注意事項	慢性病であって医師による適当な治療手段のないものが対象です。 (本人からの施術希望、医療機関で治療中の傷病等は支給対象になりません。)	
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄		

療 養 費 支 給 申 請 書 (年 月 分) (は り ・ き ゅ う 用)

1 2

被 保 険 者 欄	○被保険者資格の記号番号		○発病又は負傷年月日		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過																																																												
			年 月 日																																																														
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)		続 柄	○業務上・外、第三者行為の有無																																																												
		男 ・ 女			(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																																																												
昭・平・令 年 月 日生		○施術した場所 (施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載)																																																															
施 術 内 容 欄 は り 師 ・ き ょ う 師 記 入 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																																																											
						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 料	はり・きゅう	施術の種類	1 術 回	2 術 回																																																												
		通所	円 ×	回 =		円																																																											
		(月16回以降の施術に係る50%減)	円 × 0.5 ×	回 =		円																																																											
		訪問施術料 1	円 ×	回 =		円																																																											
		(月16回以降の施術に係る50%減)	円 × 0.5 ×	回 =		円																																																											
		訪問施術料 2	円 ×	回 =		円																																																											
		(月16回以降の施術に係る50%減)	円 × 0.5 ×	回 =		円																																																											
		訪問施術料 3 (3人～9人)	円 ×	回 =		円																																																											
		(月16回以降の施術に係る50%減)	円 × 0.5 ×	回 =		円																																																											
		訪問施術料 4 (10人～19人)	円 ×	回 =		円																																																											
	(月16回以降の施術に係る50%減)	円 × 0.5 ×	回 =		円																																																												
	訪問施術料 5 (20人以上)	円 ×	回 =		円																																																												
	(月16回以降の施術に係る50%減)	円 × 0.5 ×	回 =		円																																																												
	電療料 (加算／ 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具)	円 ×	回 =		円																																																												
	(月16回以降の施術における加算に係る50%減)	円 × 0.5 ×	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																																																												
	明 細 書 発 行 加 算		円 ×	回 =	円																																																												
費 用 額 計		円																																																															
※集中率90%以上の施設等入居者 (80%減対象) 【該当の場合○】					通減後合計額	円																																																											
施術日	訪問 1 ①	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	訪問 2 ②																																																																
往療	訪問 3 ③																																																																
	訪問 4 ④																																																																
	訪問 5 ⑤																																																																
○住歴又は訪問の理由 (1. 徒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徒歩による外出困難 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																																																			
同 意 記 録	免許登録番号													きゅう師 氏 名 電話																																																			
	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																																						