

収支済印

決定印

支給決定額

円

令和 年 月 日

常務理事 事務長 課長 係長 係

療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

被保険者欄	○被保険者等記号・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 ())																									
						明・大・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	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												転 帰																					
							5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ()												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																																	
	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○】										減後合計額				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○ 訪問2②																																								
往療○ 訪問3③																																								
訪問4④																																								
訪問5⑤																																								
月																																								
○往療又は訪問の理由 (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																	
申請欄	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																		殿				申請者 (被保険者)				住所													
																							氏名				電話													
支払機関欄	支払区分						預金の種類						金融機関名						本店																					
	1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払						1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段						銀行 金庫 農協						支店 出張所																					
	口座名義 カタカナで記入						口座番号												郵便局																					
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																											

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 年 月 日

申請者 住所 (被保険者) 氏名

代理人 住所 氏名

受付日付印

※給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

同意書

私は、健康保険法に基づく私に対する保険給付の支給可否決定に関する調査のため、愛知県信用金庫健康保険組合が必要とする事項（私の個人情報を含む）について、関係する官公庁、医療保険者、医療機関、事業所及び負傷に関わった団体等に対して愛知県信用金庫健康保険組合が照会を行い、回答・提供を受けることについて同意いたします。

また、上記照会を行うにあたり、愛知県信用金庫健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて了承いたします。

後日、本件について愛知県信用金庫健康保険組合に対して一切の異議・請求等の申し立てをいたしません。

なお、本書の写しも有効といたします。

愛知県信用金庫健康保険組合 理事長 様

（同意日）令和 年 月 日

被保険者氏名 _____

《照会》 はり・きゅうの治療を受けた方へ（初回申請者のみ記入）

1. 鍼灸の施術を受けることになった経緯についてご回答ください

① 医療機関の医師から鍼灸を勧められた

どちらの医療機関ですか _____

② ご自身の判断で鍼灸の施術を受けた

受けなくなった理由 _____

③ ①、②以外から鍼灸を勧められた

どなたから勧められましたか _____

鍼灸を受けることになった経緯をご記入ください _____

2. どの部位に鍼灸施術を受けましたか。また、その部位に痛みが発生した原因はなんですか

施術部位 _____ 痛み発生の原因 _____

3. 鍼灸の施術を受けている部位は医療機関で治療を受けていますか

・ 治療を受けている

どのような治療を受けていますか _____

・ 治療を受けていない

4. 今回、当組合へ申請をする以前より鍼灸の施術を受けていますか

は い ・ いいえ



いつから施術を受けていますか _____ 年 _____ 月 _____ 日頃から）

どちらの鍼灸院ですか _____

施術を受けたのはどの部位ですか _____

以上の回答に相違ありません

令和 年 月 日

受療者氏名（自署）

【添付書類】 ・ 領収書(原本)
・ 医師の同意書(原本)
※初療の場合は必ず必要
※6ヶ月を超えて治療を受ける場合、再度医師の同意が必要
・ 施術報告書(写し) ※施術報告書を交付された場合のみ

【注意事項】
・ 健康保険適用分のみを申請書に記入してください
・ 申請書は1ヶ月単位(暦日1日～31日)で記入してください
・ 「施術領収証明書」を添付する場合は、領収書および証明書に記載されている内容について転記の必要はありません