

健 保 使 用 欄	受 付		登 録		決 裁 常務理事	令 和	年	月	日	事 務 長	関 係 者	担 当
	再生紙（裏紙）の申請は不可											
					受付番号 台帳記入		NO. 2 -					
							令和 年 月 日					
	支給額	法定				円	算 式	法定	円 × $\frac{70 \cdot 80}{100} =$		円	
		付加				円		付加	円 × $\frac{30 \cdot 20}{100} =$		円	
	事 由	1. 治療用装具 2. 医療費全額負担								円 - (円 + 25,000円) ÷		円
資格喪失	令和 年 月 日				支給期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		まで		日間	

療 養 費 家 族 療 養 費 (注 定 給 付)
一部負担還元金 家族療養

連絡先は業務時間内(9:00~17:00)に連絡が取れる番号をご記入ください。

(はり・きゅう用)
届出日を必ずご記入ください。

第 1 回目
(令和〇〇年9月分)
10 月 1 日 届出
〇〇(株)△△支店××部××G
×××-××××-××××

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記 号	1	会社名・所属 連絡先	〇〇(株)△△支店××部××G ×××-××××-××××	
		番 号	12345			
	被保険者氏名	健保 太郎		被保険者 生年月日	昭和 〇〇 年 1 月 1 日 平成	
	被扶養者に関する 申請の場合	氏 名	続 柄	生 年 月 日		
		健保 花子	妻	昭和 〇〇 年 7 月 7 日 平成 令和		
	傷 病 名	腰痛症		原因、現在の状況を詳しくご記入ください。 年 5 月 1 日		
	発病または負傷の 原因およびその経過	医師による腰痛の治療を継続していたが、慢性的な痛みが緩和されないため医師の同意により針治療に変更した。				
	第三者行為による ものですか？	1. いいえ 2. はい		施術に要した費用の額	〇,〇〇〇円	
	同意記録	同意医師の氏名		同意年月日	領収書を参考にご記入ください。	
		名古屋 一郎		令和〇〇年 9月 1日	腰痛症	
所 在 地		要 加 療 期 間				
名古屋市〇〇区××町△△番地		令和〇〇年9月1日～令和〇〇年11月1日				
診療を受けた者の 公費負担適用	有	1. 障害者 2. 母子家庭 3. 乳幼児・こども 4. その他 ()				
有・無	無	認定市町村名	市 町 村			
		必ずいずれかに〇印をご記入ください。				

◎同意した医師の診療報酬明細書を確認し、審査を経て支給の可否を決定します。
従って、支給時期は最短で施術を受けた月から4ヶ月後となります。

【提出の流れ】 本人→会社→健保（任意継続者は直接健保へ）

【必要書類】 ①医師の同意書（本書）※
②施術に要した費用の領収書（本書）※簡易のレシートは不可
上記①、②いずれも返却はできません。

※必ず当該疾病にかかる主治医が診察したうえでの同意書が必要です。（口頭同意不可）
2回目以降は同意書の写しを添付してください。
（有効期限を超えて施術を続ける場合は、改めて主治医が診察したうえでの同意書が必要です。）

施術者に記入を依頼してください。

以下は、はり師・きゅう師が記入してください。

秘

嚴 秘 情 報
複 製 禁 止

被保険者証等	記号		療養を受けた者の氏名	
	番号			

(年 月分)

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 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																	
			摘 要																															
	初 検 料 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用				円																													
	施 術 料	はり・きゅう			施術の種類		1 術 回				2 術 回																							
		通所			円× 回＝ 円																													
		訪問施術料 1							円× 回＝ 円																									
		訪問施術料 2							円× 回＝ 円																									
		訪問施術料 3 (3人～9人)							円× 回＝ 円																									
		訪問施術料 3 (10人以上)							円× 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																									
		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																											
費 用 額 計		円																																
施術日	訪問 1 ①	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	
通所 ○	訪問 2 ②																																	
往療 ◎	訪問 3 ③																																	
○往療又は訪問の理由 (1. 独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独歩による外出困難 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	〒	一
	免許登録番号	はり師		住 所		

免許登録番号	きゅう師		氏 名			電話
