

療養費支給申請書（丸紅連合償還払い）

（ 令和 年 月分 ） （ はり・きゅう用 ）

丸紅連合健康保険組合 理事長 殿

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号・番号		発症又は負傷年月日（療養開始日）		傷病名（医師の同意を受けた傷病名）		
	施術を受けた者の氏名			続柄	発症又は負傷の原因及びその経過		
	(フリガナ)				施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）		
	生年月日		昭・平	年	月	日生	第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

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・治療・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																										
		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	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○ 往療○		訪問2 ②																															
		訪問3 ③																															
		月																															
		○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、その費用を徴収しました。		令和 年 月 日		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																										
	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																										
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																												

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・この申請書には、必ず当該疾病について現に診察を受けている**主治医の同意書**（医師の住所、氏名、病名等記載のもの）と、**施術に要した費用の「領収書（原本）」**を添付してください。
※再同意の同意書は初療または医師による再同意日が、月の15日以前の場合は当該月の5ヶ月後の月の末日、月の16日以降の場合は当該月の6ヶ月後の末日まで有効。なお、有効期間内における2回目以降の請求にあっては省略可。
- ・施術報告書交付料を申請する場合は、**施術報告書の写し**を添付してください。
- ・同意した医師の診療報酬明細書を確認し、**同月に他の医療機関等で同一部位の治療がないかなど**審査を経て支給の可否を決定します。従って、支給時期は施術月から数ヶ月後となります。

受付日付

委 任 欄	上記保険給付金の受領を事業所担当者 _____ に委任する。	
	令和 年 月 日	被保険者 _____