

療養費支給申請書 (令和 X 年 1 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 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)										
	1	0	0	1	-	2	3	4	5	6	平成 令和	X	年	12	月	20	日	腰痛症	
	(フリガナ) 施 術 を 受 け た 者 の 氏 名 ボッシュ 健保						続 柄 1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()		○発症又は負傷の原因及びその経過 自宅で長時間同じ姿勢をしていた為 現在も姿勢を変えると痛みが走る ○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他										
昭 平 令 元 年 11 月 20 日生																			

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・ 年 月 日～至・ 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				摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____				
	施 術 料	はり	円 ×		回 =	円	施術日 日				
		きゅう	円 ×		回 =	円					
		はり・きゅう併用	円 ×		回 =	円					
		電療料	円 ×		回 =	円	※往療を必要とした場合に記入 往療日 日				
	往 療 料		4 km まで		円 ×	回 =	円				
	往 療 料		4 km 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。 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	
	はり師免許登録番号 _____		所在地	_____	
	きゅう師免許登録番号 _____		施術所名	_____	
		施術者名	_____		電話 _____

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 X 年 1 月 31 日		〒355-0028	
	ボッシュ健康保険組合理事長 殿		被保険者 住 所 埼玉県東松山市箭弓町 2-5-5 (請求者) 氏 名 ボッシュ 健保 電話 0493-22-0890	

支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		銀行	本店
	1. 振 込	2. 銀行送金	1. 普通	2. 当座	埼玉りそな		金庫	東松山 (支店)
□ 座 名 義 カタカナで記入		□ 座 番 号				農協	出張所	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
	〇〇 〇〇	埼玉県比企郡△△1-2-3	令和 X 年 12 月 20 日	腰痛症	未記入

<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。
- ・ 「支払機関欄」は、被保険者名義の口座を記入してください。
- ・ 「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。

<提出の流れ>本人 → 事業所 → 健康保険組合 (※任意継続の場合は、直接 健康保険組合へ提出してください)

※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。

<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

ご記入頂いた個人情報は、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に事業運営を行うために収集するものです。これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行うことはありません。また記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証憑書類を提出していただくことがあります。この個人情報のお取り扱いについてのお問い合わせや開示請求等は、ボッシュ健康保険組合 総務課(電話 0493-22-0890)までご連絡ください。

※個人情報の取り扱いについてはホームページ「個人情報保護方針」もご覧ください。