

Application Form for Medical Care Expenses

[Example]

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|---------------------------------|---------------|--|---|-------------------------------------|------------|---|---------------------------|--------|---|------------------------------|-------------------------|---|--|
| Health Insurance Card Symbol | | 療養費支給申請書 (令和 X 年 1 月分) (はり・きゅう) | | | | | | | | | | Name of Illness or Injury | | | |
| 被保険者欄 | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証等の記号番号 | | | | | Health Insurance Card Number | | | Date of Illness or Injury | | <input checked="" type="checkbox"/> 発病又は負傷年月日 | | | <input type="checkbox"/> 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) ボッシュ 健保 | | | | | 続柄 | | ○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て現在も姿勢を変えると痛みが走る | | | | | | | |
| | 施術を受けた者の氏名 Insured name(written in katakana) | | | | | 男 女 | | Reasons for Non-eligibility (in detail) | | | | | | | |
| | 昭平令元年 11 月 20 日生 | | | | | | | ○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 | | | | | | | |
| | Relationship | | | | | | | | | | | | | | |
| | 初 | | Birth Date | | Gender: Male/Female | | 術期間 | | | 実日数 | | 請求区分 | | | |
| | 年月日 | | 自・年月 | | 日～至・年月日 | | 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 | | | |
| 施術内容欄 | 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 | | | | |
| | はり 円 × 回 = 円 | | | | | | | | | | 施術者氏名 _____ | | | | |
| | きゅう 円 × 回 = 円 | | | | | | | | | | 施術日 _____ 日 | | | | |
| | はり・きゅう併用 円 × 回 = 円 | | | | | | | | | | ※往療を必要とした場合に記入 | | | | |
| | 電療料 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具 | | | | | | | | | | 往療日 _____ 日 | | | | |
| | 往療料 4 kmまで 円 × 回 = 円 | | | | | | | | | | 往療を必要とした理由 | | | | |
| | 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 X 年 1 月 31 日 Date of Application | | | | | | | | | | 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 | | |
| | | | | | | | | | | | 所在地 | | | | |
| | はり師免許登録番号 _____ | | | | | | | | | | 施術所名 | | | | |
| | きゅう師免許登録番号 _____ | | | | | | | | | | 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。 | | | | | | | | | | Applicant's Address (including zip code) | | | | |
| | 令和 X 年 1 月 31 日 Date of Application | | | | | | | | | | 〒355-0028 | | | | |
| | 被保険者 住 所 埼玉県東松山市箭弓町 2-5-5 (請求者) | | | | | | | | | | 1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地 | | | | |
| | ボッシュ健康保険組合理事長 殿 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Type of Account | | | | | | | | | | Applicant's Name 氏名 ボッシュ 健保 電話 0493-22-0890 | | | | |
| | 支払区分 1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払 | | | | | 預金の種類 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段 | | | 金融機関名 埼玉りそな | | | 銀行 本店 金庫 東松山 支店 農協 出張所 | | | |
| | 口座名義 カタカナで記入 | | | | | 口座番号 | | | | | | 郵便局 | | | |
| | 同意医師の氏名 | | 住 所 | | | 同意年月日 | | 傷病名 | | 要加療期間 | | | | | |
| | OO OO | | 埼玉県比企郡△△1-2-3 | | | 令和 X 年 12 月 20 日 | | 腰痛症 | | 未記入 | | | | | |
| | Name of Account Holder(written in katakana) | | | | | | | | | | Name of Financial Institution | | | Name of Illness or Injury | |

<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

The personal information you provide is gathered to help the Bosch Health Insurance Society undertake its operations fairly and in accordance with the Health Insurance Law and relevant notifications. Under no circumstances will this personal information be provided to a third party or used for any purpose other than those stated above.

In certain cases, we may contact you to seek clarification of details you have provided, or, if necessary, ask you to provide additional supporting documentation. Please address all inquiries concerning the handling of personal information, requests for disclosure of personal information, and so forth to the Bosch Health Insurance Society General Affairs Section (telephone: 0493-22-0890).

*To find out more about how we handle personal information, please refer to the "Privacy Policy" on our website.