

Health Insurance Card Symbol		療養費支給申請書 (令和 X 年 1 月分) (はり・きゅう)				Health Insurance Card Number		Date of Illness or Injury		Name of Illness or Injury			
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	
被保険者欄		続柄				○発症又は負傷の原因及びその経過				Reasons for Non-eligibility (in detail)			
施術を受けた者の氏名		男・女				1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他		○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			
Insured name(written in katakana)		昭平 令元年 11 月 20 日生											
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		5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他 ( )				転		帰			
初検料		1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用		円				摘要		※施術管理者以外の施術した場合に記入			
施術内容欄		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		円× 回= 円						往療日		. . . 日			
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具								往療を必要とした理由					
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		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。		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		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。		Date of Application		〒355-0028		Applicant's Address (including zip code)					
令和 X 年 1 月 31 日		被保険者 住所 埼玉県東松山市箭弓町 2-5-5											
ボッシュ健康保険組合理事長 殿 (請求者)		Applicant's Name		氏名		ボッシュ 健保		電話		0493-22-0890			
Type of Account		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		埼玉県りそな		金庫		東松山		支店			
3. 郵便局送金 4. 当地払		3. 通知 4. 別段		Name of Financial Institution		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					
Name of Account Holder(written in katakana)		Name of Financial Institution		Name of Illness or Injury									

## &lt;記入にあたっての注意事項&gt;

- ・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は、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。

&lt;提出の流れ&gt;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。

&lt;その他添付書類(該当する場合)&gt;

- 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.