療養費支給申請書（令和　　年　　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、発症又は負傷の原因及びその経過
一	年　月　日	

療養を受けた者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	続柄	○業務上・外、第三者行為の有無
	男・女		（ 1．業務上　2．第三者行為　3．その他（　　））
	明・大・昭・平・令　年　月　日生		○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）

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

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1① 通所○ 訪問2② 往療◎ 訪問3③	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

○往療又は訪問の理由（ 1．独歩による公共交通機関を使っての外出困難　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

〒　－

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

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　年　月　日

ボッシュ健康保険組合理事長　殿

申請者（被保険者）　住所　氏名　電話

支払機関欄

支払区分	預金の種類	金融機関名	銀行・金庫・農協	本店・支店・出張所
1．振込　2．銀行送金　3．郵便局送金　4．当地払	1．普通　2．当座　3．通知　4．別段			

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
		令和　年　月　日		

＜記入及び提出にあたっての注意事項＞

・「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。
・「支払期間欄」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。
・当該申請書を提出する際には、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。

ご記入いただいた個人情報は、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合せや開示請求等は、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。