

健 保 組 合 理 事 長 殿	支払年月日		承認	審査	審査	起案
	支給額	円				
	支払区分	(内訳)	資格	取得	年 月 日	
欄	7割・8割・9割		喪失		年 月 日	

小島健康保険組合理事長殿

【表】

被保険者  
被扶養者 療養費支給申請書兼同意書 (はり・きゅう用) (令和 年 月分) 第 回

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	受療者氏名	続柄	生年月日	
	—			年 月 日	
	発症・負傷年月日	傷病名	第三者行為による傷病ですか？		
	令和 年 月 日		はい(第三者行為による傷病届を提出) いいえ		
	傷病の原因及びその経過(いつ・どこで・どのようにして発生したのか記入)			施術に要した費用(1ヶ月合計)	
				円	
本紙(または添付)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。ただし、給付金の受領を下記事業主に委任します。また、小島健康保険組合が医療機関等の関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。					
令和 年 月 日 住 所 被保険者氏名 (請求者氏名)					
【資格喪失後のみ記入】資格喪失後に請求する場合は、振込先を記入して下さい。					
銀行 支店 普通 当座 口座番号				口座名義 (カナ)	

施 術 内 容 ・ 証 明 欄 ( 施 術 者 記 入 )	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分			
	令和 年 月 日	自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日	日	新規・継続			
	傷病名			転帰			
	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 ( )			継続・治癒・中止・転医			
	初回	<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> はり(電気針併用) <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> きゅう(電気温灸器併用) <input type="checkbox"/> はり・きゅう併用 <input type="checkbox"/> はり・きゅう併用(電気針・電気温灸器併用)		円	摘要		
	2 回 目 以 降	はり	円	×	回	=	円
		はり(電気針併用)	円	×	回	=	円
		きゅう	円	×	回	=	円
		きゅう(電気温灸器併用)	円	×	回	=	円
	往療	はり・きゅう併用	円	×	回	=	円
はり・きゅう併用(電気針併用・電気温灸器併用)		円	×	回	=	円	
往療料 4kmまで	円	×	回	=	円	※1年以上または月16回以上施術した場合は、裏面の【継続理由・状態記入書】の記入をお願い致します。	
往療料 4km超	円	×	回	=	円		
合計		円				円	

施術日：通院○ 往療◎	( 月 施術分)
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	
上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。	
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 ( ) 氏 名	電 話

※ 同 意 記 録	同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
			年 月 日		
	再同意医師の氏名	同意医師の住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
			年 月 日		

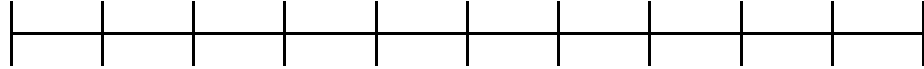
事業主記入欄	委任を受けた給付金の受領は、小島健康保険組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。
受任者	所在地
事業所	事業所 名称
	事業主名

【提出の流れ】本人 → 会社総務 → 健保 (任意継続者は直接健保へ) 備考 (個人番号:任意記入)

【添付書類】①医師の同意書(原本)※ ②施術に要した費用の領収証(原本)

※『①医師の同意書』は初回と6ヶ月毎に添付が必要となります。(有効期間:6ヶ月)

2回目以降の申請において再度『同意書』の添付は不要ですが、申請書内の『※同意記録』の記載が必要となります。

継続理由・状態記入書（継続1年以上・月16回以上施術の場合記入）		（はり・きゅう用）	
		（ 年 月 分 ）	
患者	氏 名		
	生年月日	年	月 日
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（                      ）		
施術の種類	1. はり    2. きゅう    3. はり・きゅう併用		
初療年月日	年 月 日		
施術回数	月 回 （当該月の施術回数を記載）		
患者の状態の評価		評価日	平成・令和 年 月 日
痛みの強さ	0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10 		
	NRS (Numerical Rating Scale : ニューメカールレーディングスケール)による評価 (注) 全く痛みがない状態を「0」、自分が考え想像しうる最悪の痛みを「10」として、 今感じている痛みの点数を患者に聞き、該当の点数に印をつけること。		
前月の評価の有無	1. 有り    2. 無し		
前月の状態からの改善や変化（前月の評価の有無が「有り」の場合に記入）			
1. 悪化    2. 維持    3. 改善小    4. 改善中    5. 改善大			
（症状、経過及び初療の日から1年以上経過して、月16回以上の施術が必要な理由）                          			
上記のとおり報告します。			
年 月 日			
はり師・きゅう師氏名 _____			