

療養費支給申請書（鍼灸・あん摩・マッサージ）

裏面「必要添付書類」及び「注意事項」を必ずお読みになってからご記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等記号・番号 —		② 被保険者の氏名及び生年月日 昭・平 年 月 日		③ 本請求書の提出を事業主に依頼します チェック <input type="checkbox"/>	
	④ 被保険者（請求者）の現住所	郵便番号	TEL ()	携帯 ()	方	
	⑤ 事業所の名称					
	⑥ 被扶養者（家族）が受けるものであるときは、その者の					
	⑦ 氏名		⑧ 続柄	⑨ 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	⑩ 傷病名		⑪ 発病または負傷の日時			平成 年 月 日 午前 時 午後
	⑫ 1. 外傷性の傷病（骨折、打撲等）ですか。 <input type="checkbox"/> はい（2～7に回答してください） <input type="checkbox"/> いいえ（7のみ回答してください） 2. けがをした日は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 出勤日・ <input type="checkbox"/> 休日（定休日・有給休暇を含む） <input type="checkbox"/> その他（ ） 3. けがをした時間帯は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中・ <input type="checkbox"/> 通勤途中（ <input type="checkbox"/> 出勤・ <input type="checkbox"/> 退勤） <input type="checkbox"/> 出張中・ <input type="checkbox"/> 私用・ <input type="checkbox"/> その他（ ） 4. けがをした場所は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 会社内・ <input type="checkbox"/> 道路上・ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）		⑬ 5. けがをした原因は次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 交通事故・ <input type="checkbox"/> 暴力（ケンカ） <input type="checkbox"/> スポーツ中（ <input type="checkbox"/> 職場の行事・ <input type="checkbox"/> 職場の行事以外） <input type="checkbox"/> 動物による負傷（飼い主 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> あてはまらない 6. 「上記5」に当てはまる場合、あなたは次のうちどれにあたりますか。 <input type="checkbox"/> 被害者・ <input type="checkbox"/> 加害者・ <input type="checkbox"/> 相手無 7. 負傷又は発病の原因を具体的に記入してください。			
	⑭ 第三者の行為によるものですか		⑮ 「はい」の場合、第三者の住所、氏名（住所・氏名が不明であるときはその旨）			
	⑯ 療養の給付を受けることができなかった理由（当てはまるものに○）		1. 償還払いのため 2. その他（ ）			
	⑰ ⑱ 施術の同意を受けた医療機関等の名称					
⑲ ⑳ 治療の内容（当てはまるものに○）		1. 鍼灸 2. あん摩・マッサージ		㉑ ㉒ 施術にかかった費用	円	
㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿			㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	

受 取 代 理 人 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者 住所 (請求者) 氏名	代理人の 氏名 (フリガナ)
		委任者と代理人との関係

マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。（利用する場合は☑、利用しない場合は下記口座欄を記入してください）
 ※口座情報の反映には数日を要しますので、登録の時期によっては以前の登録口座に振り込まれる場合があります。
 ※受取代理人を指定する場合は、公金口座を利用できません。

振 込 先 指 定 口 座	銀行コード		支店コード	
	普通・当座		口座番号	
	口座名義	フリガナ		

この書類の送付先は
 〒100-0014
 東京都千代田区
 永田町2-17-2
 東京薬業健康保険
 組合 給付課 宛

受付日付印

口座名義が被保険者名でないときは必ず受取代理人欄を記入してください。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

※※記入方法及び注意事項※※

〔記入の注意事項〕

1. ①の被保険者等記号・番号が分からない場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください。
2. 被保険者は、当組合加入の事業所に勤務し、保険料を納めている方です。被扶養者は、被保険者に扶養されているご家族の方です。
3. 事業主を通して書類を提出いただく場合には、必ず③欄にチェックをしてください。

〔添付書類〕

1. 施術内容（領収）明細書（はり・きゅう用又はマッサージ用）（原本）
2. 施術を必要とする医師の同意書（原本） ※同意時は必須
3. 施術代の領収書（原本）
4. 施術報告書がある場合は、その写し

※ 同意には医師の診察が必要です。

※ 償還払いのため、被保険者による申請になります。

※ 内容によっては、追加で書類を提出いただく場合がございます。

※ 添付書類の返却を希望される場合は、健保までご連絡ください。

※ 健康保険の給付の受給権は2年で消滅します。療養費の時効の起算日は支払をした日の翌日です。

記入漏れや不備事項がありますと、決定が遅れる場合があります。

施術内容(領収)明細書

(令和 年 月分)

(はり・きゅう用)

①被保険者証の記号・番号		②療養を受けた者の氏名		③生年月日			
—				S.H 年 月 日 (被保険者・被扶養者)			
は り 術 師 ・ き ゃ う 用 容 師 記 入 欄	施	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請求区分	
		平成・令和 年 月 日	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		日	新規・継続	
	術	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	
	内	初検料(1はり 2きゅう 3はりきゅう併用)				円	継続・治癒・中止・転医
	料	はり	円×	回=	円	摘 要	
		きゅう	円×	回=	円		
		はり・きゅう併用	円×	回=	円		
		電療料(1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具)	円×	回=	円		
		往療料 4kmまで	円×	回=	円		
		往療料 4km超	円×	回=	円		
	施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)	円×	回=	円			
容	合 計				円		
欄	施	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			
明	施	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		
欄	証	令和 年 月 日	施術所	所在地			
考	明	領収金額	円	施術管理者	氏名	電話	
備	考						
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				
			令和 年 月 日				

※施術報告書交付料は平成30年10月1日施術分より適用

東京薬業健康保険組合

施術内容(領収)明細書

(令和 年 月分)

(マッサージ用)

①被保険者証の記号・番号		②療養を受けた者の氏名		③生年月日														
—				S.H 年 月 日 (被保険者・被扶養者)														
あ ん 摩 術 ・ マ ツ 内 サ ー ジ 指 圧 師 欄 記 入 証 明 欄 備 考	施	初療年月日	施 術 期 間			実日数	請求区分											
		平成・令和 年 月 日	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			日	新規・継続											
		傷病名又は症状					転 帰											
		マ ッ サ ー ジ	脛 幹	円×	回=	円	継続・治癒・中止・転医 摘 要											
			右上肢	円×	回=	円												
			左上肢	円×	回=	円												
			右下肢	円×	回=	円												
			左下肢	円×	回=	円												
		変形徒手矯正術	円×	肢×	回=	円												
		温 罨 法	円×		回=	円												
		温罨法・電気光線器具	円×		回=	円												
		往療料 4kmまで	円×		回=	円												
		往療料 4km超	円×		回=	円												
		施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円×		回=	円												
		合 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	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												
	入	令和 年 月 日	施術所	所在地														
	証	領収金額	施術管理者	氏名														
	明	円	氏名	電話														
	欄																	
	備																	
	考																	
	同意	同意医師の氏名	住 所	同意年月日	傷 病 名	要加療期間												
	記録			令和 年 月 日														
				令和 年 月 日														

※施術報告書交付料は平成30年10月1日施術分より適用

東京薬業健康保険組合