

療養費支給申請書（鍼灸・あん摩・マッサージ）

裏面「記入方法及び注意事項」及び「必要添付書類」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 (本人)の 氏名及び 生年月日		③本請求書の提出を 事業主に依頼します チェック ☐	
	—		—		昭・平 年 月 日	
	④被保険者 (申請者)の 現住所	郵便番号		TEL () ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください		
	—		方			
	⑤事業所名称					
	⑥被扶養者（家族）が施術を受けた場合は、その者の					
	⑦氏名		⑦続柄		⑦生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	
	⑦傷病名		⑧発病または 負傷の日時		平成 令和 年 月 日 午前 午後 時頃	
	⑨ 発 病 ま た は 負 傷 原 因	1. 外傷性の傷病（骨折、打撲等）ですか。 ☐ はい（2～7に回答してください） ☐ いいえ（7のみ回答してください）		5. けがをした原因は次のうちどれにあたりますか。 ☐ 交通事故 ・ ☐ 暴力（ケンカ） ☐ スポーツ中（ ☐ 職場の行事・ ☐ 職場の行事以外） ☐ 動物による負傷（飼い主 ☐ 有 ・ ☐ 無） ☐ あてはまらない		
		2. けがをした日は次のうちどれにあたりますか。 ☐ 出勤日 ・ ☐ 休日（定休日・有給休暇を含む） ☐ その他（ ）		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。 ☐ 被害者 ・ ☐ 加害者 ・ ☐ 相手無		
3. けがをした時間帯は次のうちどれにあたりますか。 ☐ 勤務時間中 ・ ☐ 通勤途中（ ☐ 出勤 ・ ☐ 退勤） ☐ 出張中 ・ ☐ 私用 ・ ☐ その他（ ）		7. 負傷又は発病の原因を具体的に記入してください。				
4. けがをした場所は次のうちどれにあたりますか。 ☐ 会社内 ・ ☐ 道路上 ・ ☐ 自宅 ☐ その他（ ）						
⑩第三者の行為によるものですか は い ・ い い え		→「はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。				
⑪療養の給付を受けることができなかった 理由		1. 償還払いのため 2. その他（ ）				
⑫施術の同意を受けた医療機関等の名称						
⑬治療の内容		1. 鍼灸 2. あん摩・マッサージ		⑭施術費用 円		
⑮施術期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間				

振 込 先 指 定 口 座	☐ 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の欄を記入） 注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、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。					
	銀行コード		支店コード		預金種別	口座番号
	銀行・農協 信金・信組		本店 支店		普通・当座	
口座名義		フリガナ				

※被保険者以外(家族等)の口座を指定する場合は、必ず下記の受取代理人欄に記入してください。

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 氏名
	代理人 の氏名	フリガナ 委任者と代理人の関係
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄		

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

※※ 記入方法及び注意事項 ※※

〔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)

被保険者等記号・番号		療養を受けた者の氏名		生年月日		施術した場所 施設等に入院している場合及び被保険者の住所と異なる場合記載																																				
				昭・平 年 月 日 (被保険者・被扶養者)																																						
施 術 内 容 欄	初療年月日		施 術 期 間				実日数		請 求 区 分																																	
	平・令 年 月 日		令和 年 月 日 ～ 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		円																																		
		(月16回以降の施術に係る50%減減)		円 × 0.5円		× 回 = 円		円																																		
		訪問施術料 1		円		× 回 = 円		円																																		
		(月16回以降の施術に係る50%減減)		円 × 0.5円		× 回 = 円		円																																		
		訪問施術料 2		円		× 回 = 円		円																																		
		(月16回以降の施術に係る50%減減)		円 × 0.5円		× 回 = 円		円																																		
		訪問施術料 3 (3人～9人)		円		× 回 = 円		円																																		
		(月16回以降の施術に係る50%減減)		円 × 0.5円		× 回 = 円		円																																		
		訪問施術料 4 (10人～19人)		円		× 回 = 円		円																																		
		(月16回以降の施術に係る50%減減)		円 × 0.5円		× 回 = 円		円																																		
		訪問施術料 5 (20人以上)		円		× 回 = 円		円																																		
		(月16回以降の施術に係る50%減減)		円 × 0.5円		× 回 = 円		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		円																																		
	(月16回以降の施術に係る50%減減)		円 × 0.5円		× 回 = 円		円																																			
特別地域 (加算)		円		× 回 = 円		円																																				
往 療 料		円		× 回 = 円		円																																				
施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)		円		× 回 = 円		円																																				
明細書発行料加算		円		× 回 = 円		円																																				
費 用 額 計						円																																				
※集中率90%以上の施設等入居者 (80%減減対象) 【該当の場合○】				減減後合計額		円																																				
施術日	訪問1①	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										
通所○	訪問2②																																									
往療◎	訪問3③																																									
	訪問4④																																									
	訪問5⑤																																									
○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 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												施術所 所在地																													
	領収金額												名称																													
	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																																			

施術内容(領収)明細書

(令和 年 月分)

(マッサージ用)

被保険者等記号・番号		療養を受けた者の氏名		生年月日		施術した場所																											
				昭・平 年 月 日 (被保険者・被扶養者)																													
施 術 内 容 欄	初療年月日		施 術 期 間				実日数		請 求 区 分																								
	平・令 年 月 日		令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日				日		新 規 ・ 継 続																								
	傷病名及び症状								転 帰																								
									継続・治癒・中止・転医																								
	施 術 料	マッサージ(施術料)		同意部位 施術回数	(軀幹) 回	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回	摘 要																							
		通所		円 ×		回 =		円																									
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円 ×		0.5円 × 回 =		円																									
		訪問施術料 1		円 ×		回 =		円																									
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円 ×		0.5円 × 回 =		円																									
		訪問施術料 2		円 ×		回 =		円																									
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円 ×		0.5円 × 回 =		円																									
		訪問施術料 3 (3人～9人)		円 ×		回 =		円																									
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円 ×		0.5円 × 回 =		円																									
		訪問施術料 4 (10人～19人)		円 ×		回 =		円																									
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円 ×		0.5円 × 回 =		円																									
		訪問施術料 5 (20人以上)		円 ×		回 =		円																									
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円 ×		0.5円 × 回 =		円																									
		温罨法(加算)		円 ×		回 =		円																									
		温罨法・電気光線器具(加算)		円 ×		回 =		円																									
		(月16回以降の施術に係る50%減)		円 ×		0.5円 × 回 =		円																									
変形徒手矯正術(加算) ※温罨法との併施は不可		同意部位	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)																											
		施術回数	回	回	回	回																											
		円 ×		回 =		円																											
(月16回以降の施術に係る50%減)		円 ×		0.5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																											
明細書発行加算		円 ×		回 =		円																											
費 用 額 計						円																											
※集中率90%以上の施設等入居者(80%減対象)【該当の場合○】				減後合計額		円																											
施術日	訪問1①	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
通所	訪問2②																																
往療	訪問3③																																
往療	訪問4④																																
往療	訪問5⑤																																
○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 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				施術所				所在地																								
	領収金額				名称																												
	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																												