

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		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 (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		① 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 年 月 日 午前 午後 時 頃
	⑨ 発病または負傷の原因	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） 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（ ） 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（ ） 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（ ） 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 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 7. 負傷又は発病の原因を具体的に記入してください。				
	⑩ 第三者の行為によるものですか	☐ はい ・ ☐ いいえ		⑪ 「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）		
	⑫ 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 （ ）				
⑬ 施 術 の 同 意 を 受 け た 医 療 機 関 等 の 名 称						
⑭ 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		⑮ 施術にかかった費用	円		
⑯ 施 術 期 間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間					

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 —		銀行・農協 本店 信金・信組 支店		
	普通 ・ 当座	口 座 番 号			
	口座名義	フリガナ			
	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					

この書類の送付先は 受付日付印

〒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※※

〔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)

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 入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載																													
				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																											
		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			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	月																																	
○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																				
												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 入居施設や住所地特例等、保険証住所と異なる場合に記載																											
				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																													
		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																													
		温罨法(加算)		円 × 回 = 円																													
		温罨法・電気光線器具(加算)		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 施術回数	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回																									
				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	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	月																															
○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 名称 施術管理者 氏名 電話																								
領収金額		円																															
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																										