被保険者
家　族　療養費支給申請書（令和　　年　月分）（はり・きゅう用）

受付番号

＊下記の注意事項をご確認のうえ申請してください。※各月ごと、各施術所ごとにつき、この申請書が必要です。

被保険者記入欄

①被保険者等　記号－番号	②被保険者氏名	③事業所名称
－		

④療養を受けた方	氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 男・女	⑤続柄	⑥傷病名
	昭・平・令　年　月　日生			⑦発病又は負傷年月日 昭和・平成・令和　年　月　日

⑧発症又は負傷の原因	⑨業務上・通勤途上・外、第三者行為の有無
	1. 業務上・通勤途上　2. 第三者行為　3. なし
⑩傷病または症状の経過	⑪施術を受けた場所 （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）
⑫他の医療機関等での治療の有無 1.なし　2.あり(受診時期:　年　月　日頃　医療機関名:　)	

⑬下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。
またセキスイ健康保険組合が医療機関等に対して、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、及び当該医療機関等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
セキスイ健康保険組合理事長殿　　申　請　者
（被保険者）署　名
電　話　（　　）

備考欄　被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより請求する場合は、被保険者のマイナンバーを備考欄へ記載してください。

施術者（はり師・きゅう師）記入欄（保険適用分のみ記入）

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（部位:　）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

施術内容欄

					摘要
初検料（1.はり　2.きゅう　3.はりきゅう併用）				円	
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		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○ 往療◎	訪問1① 訪問2② 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。
令和　年　月　日

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

登録記号番号（又は申し出た施術者登録番号）

施術所　所在地（住所）
名　称
施術管理者　氏　名
電　話　（　　）

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		

注意事項

〔添付書類（原本を添付）〕
1. 医師の同意書（必ず保険医の診察のうえで交付を受けてください）
   a. 初療は同意書（原本）を必ず添付してください。
   b. 6ヶ月を超えて引き続き受療する場合は必ず再度、保険医の診察のうえ同意書の交付を受けて原本を添付してください。
   c. 上記a. b. 以外のときは、同意書の写しを添付してください。
2. 領収証（療養を受けた方の氏名とその施術費用であると記されているもの。貼付用台紙をお使いください）
3. 負傷による傷病についての申請の場合は、負傷原因届を添付してください。
4. 初療の日から1年以上経過し、施術回数が16回以上/月の場合は「施術継続理由・状態記入書」の添付が必要です。
5. 施術報告書交付料を申請する場合は、その報告書の（写）を添付してください。
6. 必要と判断した場合は、その他に書類の提出を求めることがあります。

受付年月日

（R6.11）