

支給決議書	支給年月日		令和 年 月 日				常務理事		事務局長		リーダー		担当者		
	支給額														
	支給内訳	法定					備考	支給期間 日間							
		付加													

療養費支給申請書(令和 8 年 7 月分) (はり・きゅう用) 第 1 回目

*添付書類:領収書、同意書または診断書(1回目申請時及び、一同意における支給可能期間を超えて更に施術を受けるとき)

被保険者欄	被保険者資格の 記号・番号(※)	記号 11	フリガナ ケンボ タロウ	療養を受けた者の 氏名 健保 太郎	男 続柄 本人	療養を受けた者の生年月日 昭・平・令 2 年 3 月 4 日生
	※マイナンバーの健康保険証から「資格情報」またはKW21-Connectから「資格情報のお知らせ」をご参照ください					
	傷病名	傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過 (原因については、各自の思い当たることをご記入下さい)				
	腰痛症	不詳 順調に回復				
	発症又は負傷の年月日は平成・令和 8 年 5 月 頃 日で、その負傷等は(1.業務上 2.第三者行為 3その他(不詳))である					
施術した場所(施設に入居している場合及び被保険者の住所地と異なる場合に記載)						

施術内容欄	初療年月日	令和 年 月 日から		実日数	(実際の施術日は下記表に記入)	請求区分																											
	平成・令和 年 月 日	令和 年 月 日までの		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()																															
	初検料	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用																															
	施術料	はり・きゅう	施術の種類		1術 回	2術 回	概要																										
		通所	円 ×		回 =	円																											
		(月16回以降の施術に係る50%減)	円 × 0.5 ×		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 ×		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 ×		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 ×		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 ×		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 ×		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																													
(月16回以降の施術における加算に係る50%減)	円 × 0.5 ×		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%低減対象)【該当の場合○】		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、その費用を徴収しました。	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	所在地〒		
	免許登録番号(はり師)			
	免許登録番号(きゅう師)	氏名	tel	

申請欄	上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。		
	令和 8 年 7 月 31 日	申請者(被保険者)	住所 〒 144-0000 大田区羽田空港〇-〇-〇
	日本航空健康保険組合 理事長 殿	氏名 健保 太郎	自宅tel 03-5640-0000 勤務先tel 03-3747-0000

同意記録	(再)同意医師の氏名	(再)同意医師の住所	(再)同意年月日	傷病名	要治療期間
	日航 花子	東京都大田区大森〇-〇〇	令和 8 年 7 月 1 日	腰痛症	令和8年7月1日 ~令和8年12月31日

委任状	上記により支給される療養費の受領に関することを下記の者に委任します		受付日付印 特例退職(記号30) 任意継続(記号19) の方は記入不要
	所在地	事業所健保窓口にて 事業主証明をいただいでください	
	事業所名称 事業主名称 ----- (委任者氏名)	被保険者の署名が必要です	

※はり・きゅう師よりご記入いただいでください