

療養費支給申請書 (はり・きゅう用) (令和 年 月分)

| | | | | | | | | | | |
|------------------------|---|--------------|--|--|------------|------------|------------------|------|----|--|
| 被 保 険 者 欄 | ○被保険者証等の記号番号 | | | | ○発病又は負傷年月日 | | | ○傷病名 | | |
| | | | | | 令和 年 月 日 | | | | | |
| | 療 養 を 受 け た 者 の 氏 名 | (フリガナ) | | | | 続 柄 | ○発症又は負傷の原因及びその経過 | | | |
| 男・女 | | | | ○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他 | | | | | | |
| 申 請 欄 | 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。 令和 年 月 日 千 一 申請者 住 所 アクサ生命健康保険組合 理事長 殿 (被保険者) 氏 名 電話 | | | | | | | | | |
| 支 払 機 関 欄 | ※給与振込口座以外の口座に振込を希望される場合のみ記入してください。 被扶養者(家族)名義の口座へはお振込できません。 | | | | | | | | | |
| | 金融機関名 | 銀行 農協 本店 出張所 | | | | 信金 その他 () | | | 支店 | |
| 口 座 名 義 カタカナで 記入 | | | | | 口 座 番 号 | 普通 | | | | |

これより下の記入は、施術所へ依頼してください。

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|---|--|---|----------------|----|-------------------------|-----------|-------|--|--|--|
| 施 術 内 容 欄 | 初 療 年 月 日 | | 施 術 期 間 | | | | 実 日 数 | 請 求 区 分 | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | 自・令和 年 月 日～至・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 | | | | | | 円 | 摘 要 | | | | |
| | 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用 | | | | | | | | | | | |
| | 施 術 料 | はり | 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 4 (10人以上) | | 円× | 回= | 円 | | | | | | | | |
| 電療料 | | | | | | 円× | 回= | 円 | | | | |
| 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 | | | | |
| 費 用 額 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 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 | | | | 住所 | | 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 | | | |
| | | | | | 平成 年 月 日 令和 | | | | | | | |

※ 療養費支給申請書の「往療料」欄に金額が算定されている方のみご提出ください。

※ 本書式とは異なる書式で施術者から往療内訳表が提出された場合には、記載項目を満たしていれば代用可です。

往療内訳表

月分

(患者氏名：)

| 日付 | 同一日・ 同一建物 記入欄 | 施術者名 | 往療の起点 | 施術した場所 |
|----|---------------------|------|-------|--------|
| 日 | | | | |
| 日 | | | | |
| 日 | | | | |
| 日 | | | | |
| 日 | | | | |
| 日 | | | | |
| 日 | | | | |
| 日 | | | | |
| 日 | | | | |
| 日 | | | | |
| 日 | | | | |
| 日 | | | | |
| 日 | | | | |
| 日 | | | | |
| 日 | | | | |
| 日 | | | | |

往療を必要とする理由 介護保険の要介護度 () 分かれば記載下さい

1. 独歩による公共交通機関を使つての外出が困難
2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難
3. その他

()

(注意)

- ・ 同上の場合は、「同上」や「//」との記載で差し支えない。
- ・ 同一日・同一建物記入欄には、同一日に同一建物への往療に該当する場合であつて、当該患者について往療料を算定している場合には「◎」を、算定していない場合には「○」を記入すること。
- ・ 往療の起点については、個人宅は丁目までの記載で可とする。
- ・ 個人情報の取り扱いには、十分注意すること。