

## 療養費支給申請書（令和6年10月分）（はり・きゅう用）【令和6年10月以降用】

|       |                |                |   |  |
|-------|----------------|----------------|---|--|
| 被保険者欄 | ○記号・番号         | ○発病又は負傷年月日     | ○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過                      |  |
|       | 〇〇 - 〇〇〇       | 令和〇年〇月〇日       | 神経痛<br>整形外科で治療していたが、良ならず医師より鍼灸治療を指示されたため。 |  |
|       | 療養を受けた者の氏名     | (フリガナ) ケンボ ハナコ | 続柄  | ○業務上・外、第三者行為の有無  |
|       | 健保 花子          | 男<br>女         | 1. 本人<br>2. 配偶者<br>3. 子<br>4. その他( )      | 1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他<br>○施術した場所（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）<br>兵庫県〇〇市〇〇町〇番地 |
| 備考※1  | 昭・平・令 50年6月3日生 |                |   |  |

| 施 術 内 容 欄 | 初療年月日                                 | 施術期間 | 実日数 | 請求区分 |        |          |
|-----------|---------------------------------------|------|-----|------|--------|----------|
|           | 令和                                    |      |     |      | ・ 継続   |          |
| 傷病名       | 施術を行った<br>はり・きゅう師より<br>必ず記入していただいています |      |     | 帰    |        |          |
| 初         |                                       |      |     | ・ 転医 |        |          |
| 施術料       |                                       |      |     |      |        |          |
| 往         |                                       |      |     |      |        |          |
| 施術        |                                       |      |     |      |        |          |
| 施術日       |                                       |      |     |      |        |          |
| 通所○       |                                       |      |     |      |        | 29 30 31 |
| 往療○       |                                       |      |     |      |        |          |
| ○往療       |                                       |      |     |      |        |          |
| 施術証明欄     |                                       |      |     | 上記   | 施術管理者名 | 電話       |

|      |                               |  |                |       |       |
|------|-------------------------------|--|----------------|-------|-------|
| 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。 | 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇   |                |       |       |
|      | 令和 〇 年 〇 月 〇 日                | 被保険者 (請求者) 住所 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番地<br>氏名 健保 太郎 電話 〇〇-〇〇-〇〇<br>阪急阪神健康保険組合理事長 殿 |                |       |       |
| 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 |
|      | 〇〇 〇〇                         | 大阪市〇〇区〇〇町〇番地   | 令和 〇 年 〇 月 〇 日 | 神経痛   | 6か月   |

申請にあたっては別紙の注意事項を必ずご確認ください。

※1 個人番号を記入する場合は、備考に記入してください。なお記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。個人番号を記入する場合は、番号確認および身元確認をおこないますので、個人番号カードか個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書（保有していない場合は住所氏名が記載された公的書類を2つ以上）を申請者が健保に直接持参してください。

阪急阪神健康保険組合

受付印

