

健保記入欄	受付日	令和 年 月 日	健保負担	7割	8割	—
	資格取得日	年 月 日	支給額	円		
	資格喪失日	年 月 日	支給日	令和 年 月 日		
	被扶養者認定日	年 月 日	計算式			
		課長	担当	台帳		

健保組合
受付印

- 被保険者(本人)
 被扶養者(家族)

療養費支給申請書(年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 記 入 欄	島津製作所健康保険組合理事長殿 「注意事項」の内容について同意のうえ、療養費の支給を申請します。										年	月	日
	被保険者 記号・番号	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)								被保険者名	生年 月日	
	施術を受けた 者の氏名									続柄	発病・負傷の 年 月 日	傷病名	
	発病の原因 及び 経過 (記入無は返却)	原因									経過		
業務上・外、第三者行為の有無			1.業務上 2.第三者行為 3.その他			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)							

は り ・ き ゅ う 師 記 入 欄	初療年月日	施 術 期 間															実日数	請求区分																																									
	年 月 日	自 年 月 日 ~ 至 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 内 容 欄	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																																										
合計																円																																											
施術日	訪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																											
通〇 訪2②																																																											
往◎ 訪3③																																																											
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.出張専門施術者所在地																																										
	年 月 日															施術所 所在地	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																										

必要添付書類 ・ 領収書(原本) その他該当する場合(・医師の同意書・施術報告書・継続理由状態記入書)

提出先 申請書類は全て書面で提出してください(Eメール提出不可)
社内便---三条 健康保険組合 宛
郵 送---〒604-8445 京都市中京区西ノ京徳大寺町1 島津製作所健康保険組合 宛

- 注 意 事 項
- 必要添付書類の返却はできません。
 - 支給決定にあたり、別途書類の提出を求める場合があります。
 - 記入漏れ、添付書類漏れがある場合は一旦返却します。
 - 給付金は事業主経由で支給します。