

- 被保険者(本人)
- 被扶養者(家族)

# 療養費支給申請書(はり・きゅう用)

受付印

ジェイテクト健康保険組合 理事長 殿

本件で取得された個人情報については、貴健保組合の個人情報保護方針に基づき利用されることに同意の上、申請いたします。

被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号・番号	—		被保険者氏名						
	事業所 名称			所属 (工場・支社)	(部署名)					
	受療者			続柄	受療者の生年月日	S・H R	年	月	日生	年齢
	傷病名			発病または負傷 の年月日、時間	H・R		年	月	日	
	傷病の原因			傷病の経過						
	第三者行為による 傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		→「はい」の場合は「第三者行為に関する書式」一式を提出				業務上、または通勤 途上の傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	上記のとおり請求します。ただし給付金の受領を下記事業主に委任します。 ジェイテクト健康保険組合が医療機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた 療養費の内容照会をおこなうこと、また当該医療機関等が内容照会することに同意しま します。 令和 年 月 日 住所 〒 — 被保険者氏名(請求者氏名) 電話番号 ( )									
	◆ 資格喪失後の請求の場合は被保険者(請求者)に送金するため、 被保険者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。 ※ 被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、 被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要。 (死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)									
	資格喪失(予定)者記入欄 (金融機関コード) (店番コード) (フリガナ) (フリガナ) <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> 出張所 普通 口座番号(7桁) フリガナ 名義									
	※請求者名義の口座に限る									

施 術 者 (は り 師 ・ き ょ う 師) 記 入 欄	初療年月日	—		施術期間	—		実日数	請求区分	転帰																								
	年月日	—		年月日	—		日	新規・継続	継続・治癒・中止・転医																								
	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																															
	初検料	1. はり 2. きゅう 3. はり、きゅう併用						円	摘 要																								
	施術料	はり		円	×	回	=	円																									
		きゅう		円	×	回	=	円																									
		はり、きゅう併用		円	×	回	=	円																									
	往療料	電療料 1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具		円	×	回	=	円																									
		4kmまで		円	×	回	=	円																									
	4km超		円	×	回	=	円																										
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月)		円	×	回	=	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
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(所在地)		施術所名		氏名		電話番号																	
免許登録番号										はり師		氏名		電話番号																			
免許登録番号										きゅう師		氏名		電話番号																			
同 意 記 録	同意医師の氏名		同意医師の住所		初回同意年月日		傷病名		要加療期間																								
					年 月 日																												
	同意医師の氏名		同意医師の住所		再同意年月日		傷病名		要加療期間																								
				年 月 日																													

事 業 主 証 明 欄	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている方法で受け取ります。									
	令和 年 月 日									
	事業所所在地									
	事業所名称									
事業主氏名										

【添付書類(原本)】

- 医師の同意書(初療と変形徒手矯正術は同意書必須。  
(再同意は施術者が医師の同意を得て請求書の同意記録に記入でも可。ただし、6カ月を超えて引き続き受療する場合は、再度保険医から同意書の交付を受け添付する必要があります。)
- 領収書(レシート不可)