

記入例 ●被扶養者(家族)がはり・きゅうの施術を受けた場合

慢性的な疼痛を主症とする疾患で、医師による適当な治療手段がなく、はり師・きゅう師による治療(施術)により治療効果が期待できるものとして医師の同意があり、健康保険組合が認めた場合に限り療養費の支給対象となります。「神経痛」「リウマチ」「頸腕症候群」「五十肩」「腰痛症」「頸椎捻挫後遺症」の6病名が対象疾患となります。

<注意> ・保険医療機関での治療と重複受診はできません(診察・検査及び療養費同意書交付は除く)
 ・柔道整復師との重複受診はできません(対象疾患が全く異なるため同一疾病への併給はできません)

(注意事項)
 輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「領収書」を添付して下さい。
 これに要した費用の「領収書」を添付して下さい。
 「医師の証明書」のほか

療養費支給申請書 (第 10 回目)

被保険者の記号・番号	10 第 1234 号	被保険者が勤務する(していた)事業所	名称 サクサ株式会社	電話 03-1234-5678
傷病名	頸肩腕症候群	発病又は負傷の年月日	所在地 〒108-8050 東京都港区白金1-17-3	令和 〇 年 〇 月 〇 日
発病又は負傷の原因	不詳	傷病の経過	数か月前より頸椎に疼痛を感じ、医師に相談しはりをしたところ痛みが和らいできた。	
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称 〇〇〇治療院 氏名 〇△〇 一郎	診療又は手当の内容	所在地及び電話番号 〒111-1234 東京都千代田区〇〇 1-4-20	入院期間 自令和 〇 年 〇 月 〇 日 至令和 〇 年 〇 月 〇 日 コルセット装着日 自令和 〇 年 〇 月 〇 日 至令和 〇 年 〇 月 〇 日
診療又は手当を受けた期間	〇 日間	診療又は手当に要した費用の額	金	〇〇〇〇 円也
診療又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨	はり・きゅうは全額立替払いのため			
療養の給付又は特定療養費もしくは家族療養費の支給を受けることができなかった理由	該当せず			
第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	加害者の氏名	加害者の住所	
被扶養者に関する申請のとき	氏名 △△ 花子	生年月日 昭(平) 〇 年 〇 月 〇 日	被保険者との続柄	妻
振込希望の銀行又は郵便局名	在職者の方は事業主を通して支給となるので記入不要です			
上記のとおり申請します。 令和 6 年 10 月 6 日 住所 〒 000-0000 東京都〇〇区△△町1-2-3 氏名 △△ 太郎 サクサ健康保険組合理事長 殿				

診療月ごと、受診者ごとに、申請書1枚の記入になります

領収(診療)明細書

(月 日から 月 日までの分)

診	休日 深夜 普通	回 回 回	査	薬剤	回 回
往診	普通	回	レ		回

「領収(診療)明細書」欄は、はり・きゅうによる療養費支給申請の場合は、記入不要です

①はり・きゅう師の作成した療養費支給申請書 (施術内訳内容)
 ②医師の施術同意書
 ③領収書を添付してください

※原本添付

上記のとおり領収(診療)いたしました。
 令和 年 月 日
 医師 住所 〒 氏名

社会保険事務担当者氏名

私は 令和 6 年 10 月 6 日 請求した 被保険者 療養費のうち 〇〇〇〇 円也の受領に関する事。を代理人と定め、次の権限を委任する。
 委任状
 令和 6 年 10 月 6 日
 被保険者の住所 〒 000-0000 東京都〇〇区△△町1-2-3 △△ 太郎
 代理人の住所 〒 会社住所・会社名および社会保険事務担当者の方を記入願います

振込希望の銀行又は郵便局名 記入不要です 支店(普通当座 第 号) 郵便局

任意継続被保険者の方は記入不要です

(注意事項)
 1. すでに領収書を発行しているときは、「領収」の文字を消して「診療明細書」として下さい。
 2. 歯科検診の場合は、別に領収(診療)明細書を作成して下さい。
 3. 輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「浴療のため必要と認める旨の証明書」を交付して下さい。この場合、左の領収(診療)明細書の記入は必要ありません。