

療養費支給申請書（ 年 月分）（はり・きゅう用）

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（医師の同意を受けた傷病名）														
	年 月 日																						
	(フリガナ)				続 柄				○発症又は負傷の原因及びその経過														
施 術 を 受 け た 者 の 氏 名					男 ・ 女				1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()				○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										
施 術 内 容 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										
	初検料								円				摘 要										
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用												※施術管理者以外の施術した場合に記入										
	施 術 料	はり				円× 回＝				円				施術者氏名 _____									
		きゅう				円× 回＝				円				施術日 _____ 日									
		はり・きゅう併用				円× 回＝				円													
		電療料				円× 回＝				円				※往療を必要とした場合に記入									
	1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具																						
往療料				4 km まで				円× 回＝				円				往療日 _____ 日							
往療料				4 km 超				円× 回＝				円				往療を必要とした理由							
施術報告書交付料（前回支給： 年 月分）				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											
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										
	年 月 日								住所														
申 請 欄	免許登録番号 _____ はり師								住所														
	免許登録番号 _____ きゅう師								氏名				電話										
支 払 機 関 欄	支払区分				振 込				預金の種類				金融機関名										
									1. 普通 2. 当座				銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所										
□ 座名義 カタカナで記入								□ 座番号				郵便局											
同 意 記 録	同意医師の氏名				住 所				同意年月日				傷 病 名										
									年 月 日														
要加療期間																							

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日

申請者 住所
(被保険者) 氏名 _____
住所
事業所代理人 氏名 _____

※ 給付金に関する受領を事業所代理人に委任する場合に記入してください。
 問い合わせ先 東京都洋菓子健康保険組合 業務課 TEL. 03-3949-3001

療養費支給申請書 (年 月分) (あんま・マッサージ用)

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 (医師の同意を受けた傷病名)			
	年 月 日				年 月 日							
	(フリガナ)				続 柄				○発症又は負傷の原因及びその経過			
施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	男 ・ 女				1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()				○業務上・外、第三者行為の有無			
施 術 内 容 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 又 は 症 状								転 帰			
	マ ッ サ ー ジ		軀 幹 円× 回= 円 右 上 肢 円× 回= 円 左 上 肢 円× 回= 円 右 下 肢 円× 回= 円 左 下 肢 円× 回= 円						摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入 施術者氏名 _____ 施術日 日			
	変 形 徒 手 矯 正 術		円× 肢× 回= 円						継続・治癒・中止・転医 ※往療を必要とした場合に記入 往療日 日			
	温 罨 法		円× 回= 円						往療を必要とした理由			
	温 罨 法 ・ 電 気 光 線 器 具		円× 回= 円									
	往 療 料 4 km まで		円× 回= 円									
	往 療 料 4 km 超		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 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					
	年 月 日				住 所		電 話					
申 請 欄	免許登録番号 _____ あん摩マッサージ指圧師				氏 名		電 話					
	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。				年 月 日		〒 _____					
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関名		銀行 本店					
	振 込		1. 普通 2. 当座				金庫 支店 農協 出張所					
同 意 記 録	口座名義 カタカナで記入		口座番号				郵便局					
	同意医師の氏名		住 所		同意年月日		傷 病 名		要加療期間			
				年 月 日								

本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日

申請者 住所 _____
 (被保険者) 氏名 _____
 住所 _____
 事業所代理人 氏名 _____

※ 給付金に関する受領を事業所代理人に委任する場合に記入してください。
 問い合わせ先 東京都洋菓子健康保険組合 業務課 TEL. 03-3949-3001

往療状況確認表

月分 施術者氏名 _____

受療者氏名： _____

往療先住所： _____ ※施設へ入所の場合は施設の住所

※施設への入所の場合：施設名称（ _____ ）施設種別（ _____ ）

日	同一日・同一建物 記入欄	往療の起点 (出発点または先順位住所)	施術開始時間	起点からの直線距離 (地図上の直線距離)
日				
日				
日				
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>
 1. 独歩による公共交通機関等を使っての外出が困難
 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 (_____)

<介護保険の要介護度> (1 . 2 . 3 . 4 . 5) 分かれば記載下さい

<医療機関等への受診方法についてお知らせください>
 1. 独歩 2. 往診 3. 車椅子等 (_____)
 付き添い (ア. 有り イ. 無し)

注・施設種別とは特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護療養型医療施設・グループホーム・ショートステイなど
 ・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って、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。