被保険者
家　族

療養費支給申請書　（令和　　年　　月分）　（はり・きゅう用）

被保険者欄					
○記号番号			○事業所名		
―					
施術を受けた者	フリガナ		○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過	○発病又は負傷年月日	
氏　名				年　月　日	
性　別	男	女	枝 番	○施術した場所	○業務上・外、第三者行為の有無
生年月日	昭	平	令　年　月　日		1．業務上　3．その他 2．第三者行為である

施術内容欄					
初療年月日	施術期間	実日数	請求区分		
年　月　日	年　月　日　～　年　月　日	日	新　規	継　続	
傷病名　1.神経痛（1310）　2.リウマチ（1301）　3.頸腕症候群（1305）　4.五十肩（1308） 5.腰痛症（1306）　6.頸椎捻挫後遺症（1905）　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 ※施術管理者以外が施術した場合に記入		
はり・きゅう	施術の種類	1術　回	2術　回	施術者氏名	
施術料　通所	円×　回＝　円			施術日	
施術料　訪問施術料　1	円×　回＝　円				
施術料　訪問施術料　2	円×　回＝　円				
施術料　訪問施術料　3　（3人～9人）	円×　回＝　円				
施術料　訪問施術料　3　（10人以上）	円×　回＝　円				
施術料　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				
施術料　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				
費用額計	円				

施術日	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
通院○ 訪問1①																															
往療◎ 訪問2②																															
訪問3③																															

往療又は訪問の理由　1.独歩による公共機関を使っての外出困難　2.認知症や視覚、内部、精神障害による外出困難　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.出張専門施術者住所地
令和　年　月　日	所在地	
は　り師免許登録番号 ＿＿＿＿＿＿	施術所名	
きゅう師免許登録番号 ＿＿＿＿＿＿	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。		
令和　年　月　日	〒　－	
首都圏デジタル産業健康保険組合理事長　殿	被保険者（申請者）	住所
		氏名　電話

振込先
健保組合に登録されている被保険者の口座に振込します。公金受取口座へ振込を希望する場合は下記に☑を入れてください。
☐ 被保険者の「公金受取口座」への振込を希望します。※口座情報を取得できない場合は健保組合の登録口座に振込します。

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
		年　月　日		

＜申請にあたっての注意事項＞
・申請書は暦月を単位として作成してください。
・二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。
※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。
＜その他添付書類（該当する場合）＞
☐医師の同意書　☐施術報告書（写し）☐１年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

首都圏デジタル産業健康保険組合

被保険者
家　族

療養費支給申請書　（令和 ○○ 年 ○○ 月分）　（はり・きゅう用）

被保険者欄			
○記号番号		○事業所名	
9999 — 9999		㈱健保企画	
施術を受けた者 フリガナ	ケンポ　ハナコ	○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過	○発病又は負傷年月日
氏　名	健保　花子	神経痛　加齢により発症	令和○○年○○月○○日
性　別	男　女（女）　枝番 01	○施術した場所	○業務上・外、第三者行為の有無
生年月日	昭（昭）・平・令　○○年○○月○○日	○○鍼灸院　横浜市西区南幸○-○-○	1．業務上　3．その他（3） 2．第三者行為である

施術内容欄					
初療年月日	施術期間	実日数	請求区分		
年　月　日	年　月　日　～　年　月　日	日	新規（新規）　継続		
傷病名　1.神経痛（1310）　2.リウマチ（1301）　3.頸腕症候群（1305）　4.五十肩（1308） 5.腰痛症（1306）　6.頸椎捻挫後遺症（1905）　7.その他（　）			転帰：継続・治癒・中止・転医（転医）		
初検料 1はり　2きゅう　3はりきゅう併用		円	摘要 ※施術管理者以外が施術した場合に記入		
施術料 はり・きゅう	施術の種類	1術　回　2術　回	施術者氏名		
通所	円×　回＝　円		施術日		
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				
費用額計	円				

施術日	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
通院○ 訪問1①																															
往療◎ 訪問2②																															
訪問3③																															

往療又は訪問の理由：1.独歩による公共機関を使っての外出困難　2.認知症や視覚、内部、精神障害による外出困難　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.出張専門施術者住所地
令和　年　月　日	所在地
は　り師免許登録番号	施術所名
きゅう師免許登録番号	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。 令和○○年○○月○○日	〒 220 － 0004
首都圏デジタル産業健康保険組合理事長　殿	被保険者（申請者）　住所 横浜市西区北幸○－○○－○○
	氏名 健保　太郎　電話 090-0000-0000

振込先	
健保組合に登録されている被保険者の口座に振込します。公金受取口座へ振込を希望する場合は下記に☑を入れてください。	
☐ 被保険者の「公金受取口座」への振込を希望します。※口座情報を取得できない場合は健保組合の登録口座に振込します。	

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
医師　五郎	横浜市西区南幸○－○○－○○	令和○○年○○月○○日	神経痛	

＜申請にあたっての注意事項＞
- 申請書は暦月を単位として作成してください。
- 二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。
- 「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

＜その他添付書類（該当する場合）＞
☐医師の同意書　☐施術報告書（写し）☐１年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

首都圏デジタル産業健康保険組合