

【はり・きゅうの立替払い方式について】

不二サッシ健康保険組合

1. はり・きゅう療養費の対象

医師の診断および同意が必要となりますが、同一疾病にて医療機関で治療を受けている場合には、健康保険は適用されません。(慢性病で医師による適当な治療手段がない腰痛症などで、医師が同意したものに限りです。)

2. 療養費の申請方法

- ①施術後、施術料の全額(10割)を支払い、毎回必ず「領収証」を受領してください。
- ②1ヶ月毎に「療養費支給申請書」をはり師・きゅう師に作成いただき、申請欄に被保険者の署名・捺印のうえ、領収証等必要書類を添えて健保組合へご提出ください。

不二サッシ健康保険組合 行 各病院等で治療中の同一疾病の療養費申請はできません。

健康保険(被保険者・家族)療養費支給申請書(はり・きゅう用)

年 月 日

被保険者記号番号	被保険者氏名	居住地
療養を受けた者の氏名	生年月日	性別
年齢	性別	傷病名
傷病または負傷年月日	自 年 月 日	自 年 月 日
傷病または負傷の原因およびその経過	1. 業務上 2. 交通事故などの第三者による行為 3. その他(1, 2. 以外の場合)	
初回	1. はり 2. はり(電気針灸併用) 3. きゅう 4. きゅう(電気鍼灸併用)	療養費
1. はり 2. はり(電気針灸併用) 3. きゅう 4. きゅう(電気鍼灸併用)	円 × 円	円
はり(電気針灸併用)	円 × 円	円
きゅう(電気鍼灸併用)	円 × 円	円
はり、きゅう併用	円 × 円	円
はり、きゅう併用(電気針灸、電気鍼灸併用)	円 × 円	円
往療料 2kmまで	円 × 円	円
加算(kan)	円 × 円	円
合計	円	円
高休日	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	
療養の休曜日	月	年 月 日
施設証明欄	上記のとおり届出を行い、その費用を徴収しました。(はり師 免許登録番号) (きゅう師 免許登録番号) 所在地 千 氏名 電話	
同意書捺印の氏名	住所	同意年月日
同意書捺印の氏名	住所	同意年月日
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。申請者(被保険者) 氏名	

不二サッシ健康保険組合 届

添付書類：①領収書原本(コピー不可)
②初回申請は、医師の同意書を必ず添付。2回目以降は、同意記録欄に記載あれば添付省略可

①と③ 被保険者が記入するところ

② はり師・きゅう師に記入いただく項目

※最終的な給付決定は、申請書等の提出を受け、健保組合で審査を行った後になります。

※給付金は、事業主経由で支給されます。

申請日、被保険者の署名・捺印もお忘れなく

領収書を確定申告に使用したい場合は、「領収書返却希望」と明記したメモを付けて必ず原本をご提出ください。健保の受付印押印後コピーを取り、原本を返却します。※メモ等がない場合、領収書は申請書に貼付けて綴込保管するため返却できない場合があります。

3. 提出書類について …… 施術の期間が過ぎましたら、お早目にご提出ください

①療養費支給申請書(1ヶ月毎にまとめて)

初回申請には医師の同意書を添付、2回目以降は「療養費支給申請書」内に医師の同意記録が必要です。

■同意書の有効期限

- ・15日以前の同意…翌々月末まで有効(例:1月15日以前の同意は、3月末まで有効)
- ・16日以降の同意…3ヶ月後末まで有効(例:1月16日以降の同意は、4月末まで有効)

②施術費用の領収書(必ず原本を提出してください)…領収書は下記の内容で発行して貰ってください。

- ・領収書の宛名は施術を受けた方のフルネーム。名字だけのものは個人の特定ができないため、受付不可。
- ・領収日(施術日毎)
- ・はり師・きゅう師の押印

●その他、申請について不明な点やご質問などございましたら、健康保険組合へご連絡ください。 電話 044-520-0795

健康保険(被保険者・家族)療養費支給申請書 (はり・きゅう用)

年 月分第 回目

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証記号番号		被保険者氏名		現住所					
	-				〒					
	療養を受けた者の氏名		生年月日		続柄	傷病名				
	男 女		昭・平 年 月 日生							
	発症または負傷年月日		発病または負傷の原因およびその経過							
	年 月 日・不詳		1. 業務上 2. 交通事故などの第三者による行為 3. その他 (1. 2. 以外の場合)							
施 術 内 容 (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		自 年 月 日～至 年 月 日			日	新規・継続	治療・中止		
	傷病名		1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頰腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頰椎捻挫後遺症			左記傷病 の初診日	年 月 日			
	初 回		1. はり 2. はり(電気針併用) 3. きゅう 4. きゅう(電気温灸器併用) 5. はり、きゅう併用 6. はり、きゅう併用(電気針、電気温灸器併用) _____円				摘 要			
	2 回 目 以 降	はり		円 × 回		円				
		はり(電気針併用)		円 × 回		円				
		きゅう		円 × 回		円				
		きゅう(電気温灸器併用)		円 × 回		円				
		はり、きゅう併用		円 × 回		円				
	はり、きゅう併用(電気針、電気温灸器併用)		円 × 回		円					
往療料 2kmまで		円 × 回 =		円						
加算(km)		円 × 回 =		円						
		合 計		円			※往療を必要とした理由、 施術に関する特記事項 などを記入して下さい			
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○往療○		月								
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。 (はり師 免許登録番号) _____ はり師 (きゅう師 免許登録番号) _____ きゅう師					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	
備 考	同意医師の氏名		住 所		同意年月日		傷病名		要加療期間	
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。 申請者(被保険者) 氏名					年 月 日			
		不二サッシ健康保険組合 殿					⑩			

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人を確認するための添付書類が必要です。)

備考欄

添付書類 : ①領収書原本(コピー不可)

②初回申請は、医師の同意書を必ず添付。2回目以降は、同意記録欄に記載あれば添付省略可

健康保険(被保険者・家族)療養費支給申請書 (はり・きゅう用)

2017年4月分第1回目

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証記号番号	被保険者氏名	現住所			
	01 - 234567	健保 太郎	〒 212-0058 川崎市幸区鹿島田1-1-2			
	療養を受けた者の氏名	生年月日	続柄	傷病名		
	健保 太郎	男 昭・平 47年8月22日生	本人	頸腕症候群		
発症または負傷年月日	発病または負傷の原因およびその経過					
年 月 日 不詳	1. 業務上 2. 交通事故などの第三者による行為 3. その他 (1. 2. 以外の場合) 原因不明、順調に回復					
施 術 内 容 (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	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日	日	新規・継続	治療・中止	
	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	左記傷病 の初診日	年 月 日		
	初回	1. はり 2. はり(電気針併用) 3. きゅう 4. きゅう(電気温灸器併用) 5. はり、きゅう併用 6. はり、きゅう併用(電気針、電気温灸器併用) _____円			摘 要	
	2回目以降	はり _____円 はり(電気針併用) _____円 きゅう _____円 きゅう(電気温灸器併用) _____円 はり、きゅう併用 _____円 はり、きゅう併用(電気針、電 _____円			※往療を必要とした理由、 施術に関する特記事項 などを記入して下さい	
	往療料 2kmまで	_____円				
	加算(_____ km	_____円				
	_____	_____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○往療○	月 _____				
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。 _____年 _____月 _____日 (はり師 免許登録番号) _____ (きゅう師 免許登録番号) _____ はり師 _____ 所在地 〒 _____ きゅう師 _____ 氏名 _____ 氏名 _____ 氏名 _____ 電話 _____ 電話 _____ 電話 _____ (印)					
同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間		
同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間		
備考						
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。 2017年5月18日					
申請日、ご署名・捺印もお忘れなく!		申請者(被保険者) 氏名 健保 太郎 (健保)				
不二サッシ健康保険組合 殿						

はり師・きゅう師に
記入依頼してください

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人を確認するための添付書類が必要です。)

備考欄

添付書類 : ①領収書原本(コピー不可)

②初回申請は、医師の同意書を必ず添付。2回目以降は、同意記録欄に記載あれば添付省略可