

受付年月日	年 月 日	支給支払決議書			
支給額	円				

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				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 ()			
昭・平 年 月 日生								○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 継続・治癒・中止・転医
	初 検 料		円				摘 要
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用						※施術管理者以外が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						往療日 日
往 療 料		4 km まで		円×	回=	円	往療を必要とした理由
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			
費 用 額 計		円					
施術日	通院○	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					
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。		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		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。					
	年 月 日 年 月 日					
	日本飛行機健康保険組合 理事長 殿		被保険者 住所			
	被保険者個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)		(請求者) 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
			年 月 日		

<記入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。
- ・ 初めてかかった時の請求には医師からの同意書(原本)が必要です。6ヶ月を超える場合は再度同意書(原本)が必要です。

<提出の流れ>本人 → 健康保険組合 ※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)**を添付してください。

<その他添付書類(該当する場合のみ)>

医師の同意書(原本) 施術報告書(写し) 往療状況確認表 1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

2020.4.1