

支給決定額	法定	円	決裁	常務理事	事務長	主任	担当			
	付加	円								
同年月日	令和	年	月	日	資格取得日	平成	令和	年	月	日
決済年月日	令和	年	月	日	資格喪失日	令和	年	月	日	
支払年月日	令和	年	月	日	扶養認定日	平成	令和	年	月	日

ルネサス健康保険組合御中（送付先は、下記参照）

健康保険 被保険者 療養費申請書（ 年 月施術分）（はり・きゅう用）  
被扶養者

提出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

基本情報										※枝番(-00)記入は不要です。																																																											
被保険者証の記号・番号(右詰め)										被保険者氏名										フリガナ										生年月日										昭和 平成																													
記号										番号										氏名										フリガナ										年 月 日										年 月 日																			
事業所										連絡先																																																											
社名										従業員番号										内線TEL										日中の連絡先 電話番号																																							

申請内容																																																																																									
対象者が被扶養者の場合はその氏名										フリガナ										続柄										生年月日										昭和 平成 令和										年 月 日																																							
傷病名																				発病又は負傷の年月日										平成 令和										年 月 日										年 月 日																																							
発病又は負傷の原因及びその経過																				業務上・第三者行為の有無										有										業務上 無										業務上 第三者										無																													
																				施術に要した費用の額																														円																																							
委任状【給付金は在籍事業所から給与支給となる為、下記へ記入ください。】																																																																																									
本請求に基づく給付金に関する受領を																																																		殿に委任します。																																							
令和										年										月										日																																																											
被保険者の氏名																																																																																									
退職者(予定者含む)は下記へ記入願います。任意継続被保険者・特例退職被保険者は登録口座へ振込ますので記入不要です。																																																																																									
退職日: 令和										年										月										日										銀行										支店										普通・当座										口座番号																			

## はり・きゅう師記入欄

初療年月日										施術期間										実日数										請求区分										転帰																													
平成 令和										年 月 日										令和										年 月 日										日										新規・継続										継続・治療・中止・転医									
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( )																																																											
初検料										1. はり 2. きゅう 3. はり、きゅう併用										円										摘要																																							
施術料										はり										円× 回=										円																																							
										きゅう										円× 回=										円																																							
										はり・きゅう併用										円× 回=										円																																							
										電療料										円× 回=										円																																							
										1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具																																																											
往療料										4kmまで										円× 回=										円																																							
往療料										4km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◎										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										上記の通り施術を行い、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										住所																			
										免許登録番号										はり師										施術所名称																																							
										免許登録番号										きゅう										氏名										電話																													

## 同意記録

同意医師の氏名・住所										住所										氏名										電話																																							
同意年月日										令和										年										月										日										要加療期間																			
傷病名																																																																					

## &lt;注意事項&gt;

- ・医療機関の領収書原本と、「医師の同意書」原本を添付してください。
- ・但し、同意書においては、療養費の支給が可能な期間内※における2回目以降の請求では省略可能。
- ※ 初療又は再同意日から起算して5ヶ月後の月末(初療又は再同意日が月の15日以前の場合)、6ヶ月後の月末(初療又は再同意日が月の16日以降の場合)
- ・施術報告書交付料を請求の場合は、写しを添付してください。(6ヶ月に一度請求可)

## &lt;申請書の送付先&gt;

加入区分										送付先									
一般被保険者										社会保険労務士法人なんの木事務所[〒101-0063東京都千代田区神田淡路町2-29]									
										※社内便の場合:本/日立MP(OC2)(人事)なんの木									
任意継続、特例退職被保険者										ルネサス健康保険組合[〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1]									

事業所担当者印
---------

健保インプット
---------

健保受付日付印
---------