

ルネサス健保使用欄

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)

提出日	令和 年 月 日
-----	----------

基本情報 <span style="color:red">枝番(-00)記入は不要です。</span>											
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 年 月 日	
記号			番号								
事業所名					社名		従業員番号		連絡先		
							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					
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 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 令和 年 月 日 被保険者の 氏名 殿に委任します。										
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		被保険者口座名義(カナ)			

はり・きゅう師記入欄

初療年月日		令和 年 月 日		施術期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		実日数	請求区分	転帰	
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 x 回 = 円							
		きゅう		円 x 回 = 円							
		はり・きゅう併用		円 x 回 = 円							
		電療料		円 x 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 x 回 = 円									
往療料 4km超		円 x 回 = 円									
施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)		円 x 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。	令和 年 月 日	住所	住所	住所	住所	住所	住所	住所	住所	住所
	免許登録番号	はり師	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名
	免許登録番号	きゅう	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名	氏名

同意記録

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

<注意事項>

- ・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)、1ヶ月後(初療又は再同意日に関わらず、施術内容が変形徒手矯正術の場合)
- ・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)

<申請書の送付先>

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