ルネサス健保使用欄

支給決定額	法定	円
	付加	円

決裁	常務理事	事務長	主任	担当

伺年月日	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 被扶養者　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

被保険者情報

※枝番（-00）記入は不要です。

被保険者の記号・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				

社名	従業員番号	日中の連絡先　電話番号

申請内容

療養を受けた者の氏名	フリガナ 男・女	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
発症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
	被保険者口座名義（カナ）

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
平成　令和　年　月　日	令和　年　月　日 ～ 令和　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.頚椎捻挫後遺症　7.その他（			転帰
初検料　1.はり　2.きゅう　3.はりきゅう併用	円		継続・治癒・中止・転医

施術料		施術の種類	1術　回	2術　回	摘要
はり・きゅう	通所	円 ×	回 =	円	
	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電気高専器具）		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 ×	回 =	円	

施術日月		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○	① 訪問1																															
往療◎	② 訪問2 ③ 訪問3																															

往療又は訪問の理由（1. 徒歩による公共交通機関を使っての外出困難　2. 認知症や視覚、内部、精神障害により独歩による外出困難　3. その他（

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 免許登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿ はり師 免許登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿ きゅう師	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
		住所 施術所名称 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				

＜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）

・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)(人事ソ)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