

<注意> この請求は、医師の同意を受け、「はり・きゅう」費用を10割自己負担で支払いした場合の請求です。			
同年月日	令和	年	月
決済年月日	令和	年	月
支払年月日	令和	年	月

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(令和4年5月施術分) (はり・きゅう用)

提出日	令和	○	年	△	月	□	日
-----	----	---	---	---	---	---	---

提出日と委任日は同日にしてください。

記入例

※枝番(-00)記入は不要です。																			
被保険者証の記号・番号(右詰め)							フリガナ	レイウ	タロウ	生年	昭和	平成							
記号	1	0	0	番号	2	3	4	5	6	7	被保険者氏名	令和 太郎	年月日	50	年	1	月	1	日
社名										連絡先									
ルネサスエレクトロニクス										日中の連絡先 電話番号									
12345678										814-1234									
										03-1234-5678									

申請内容																							
対象者が被扶養者の場合はその氏名	フリガナ	レイウ	ハナコ	続柄	妻	生年月日	昭和	平成	令和	51	年	1	月	1	日								
傷病名	神経痛					発病又は負傷の年月日	平成	令和	「不明」でも可。	日													
発病又は負傷の原因及びその経過	はっきりと分からない場合は、「不明」でも可。					業務上・第三者行為の有無	有	無	業務上	無	第三者												
委任状【給付金は在籍事業所から給与支給となる為、下													殿に委任します。										
本請求に基く給付金に関する受領を													○年△月□日										
委任状欄は一般被保険者(在職者)のみ記入ください。													被保険者の氏名		令和 太郎	委任者名は、事業所健保担当課で記入しますので記入不要です。							
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													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	概要																
初検料	1. はり 2. きゅう																
施術料	はり																
	きゅう																
	はり・きゅう併用																
電療料	1. 電気針 2. 電気																
	往療料 4kmまで																
往療料 4km超																	
施術報告書交付料 (前)																	
合																	
施術日	通院○ 往療◎																
月	25 26 27 28 29 30 31																
上記の通り加																	
令和																	
免許登録番号																	
はり師																	
施術所名称																	
氏名																	
電話																	

施術した「はり・きゅう師」に
記入を依頼してください。

同意記録					
同意医師の氏名・住所	住所				
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)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