

<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	日
決済年月日	令和	年	月	日
支払年月日	令和	年	月	日

健保使用欄です。記入しないでください。

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 記入例

提出日と委任日は同日にしてください。

**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	ワカタ レイワ タロウ	生年月日	昭和 平成 50年 1月 1日
記号	1	0	0	番号	2	3	4	5	6	7
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

保険証を確認の上、正確に記入してください。

**申請内容**

対象者が被扶養者の場合はその氏名	ワカタ レイワ ハナコ	続柄	妻	生年月日	昭和 平成 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。
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	業務上 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、] 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 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。

委任状欄は一般被保険者(在職者)のみ記入ください。

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

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						新規・継続	継続・治癒・中止・転医				
初検料	1. はり 2. きゅう					摘要					
施術料	はり きゅう はり・きゅう併用 電療料 1. 電気針 2. 電										
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				25	26	27	28	29	30	31
月	往療										
施術証明欄	上記の通り					2. 出張専門施術者住所地					
令和											
免許登録番号	はり師					施術所名称					
免許登録番号	c 師					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	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)、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	健保インボット	健保受付日付印