

<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	淡路市須賀						
決済年月日	令和		健保使用欄です。記入しないでください。						年		月	日
支払年月日	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(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				
被保険者情報												※枝番（付加保険者）					
被保険者の記号・番号(右詰め)														成			
記号	1	0	0	番号		2	3	4	5	①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認の上、正確にご記入ください。				月		1	日
社名								従業員番号				日中の連絡先 電話番号					
任継(800)・特退(900)の方は記入不要です。																	
申請内容																	
対象者が被扶養者の場合はその氏名		フリガナ レイワ 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 第三者		無			
委任状【給付金は在籍事業所から給与支給となる為、本請求に基づく給付金に関する受領を、委任状に委任します。																	
委任状欄は一般被保険者（従業員）のみ記入ください。																	
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				実日数		請求区分		転帰	
傷病名				令和				年	月	日	～	令和	年	月	日	新規・継続 継続・治癒・中止・転医	
初検料				1. はり				2. きゅう				7. その他（ ）					
施術料		はり		きゅう		はり・きゅう併用		電療料		1. 電気針		往療料		41		要	
往療料		41		往療料		41		施術報告書交付									
施術日		通		往		27		28		29		30		31			
施術証明欄		免許登録番号		はり師		施術所名称		氏名		電話							
		免許登録番号		きゅう													

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 従業員	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