

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
-----	----------

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											
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 無 ☐ 第三者	
								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 令和 年 月 日 殿 に委任します。											
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		転帰											
平成 令和 年 月 日			令和 年 月 日～令和 年 月 日			日		新規・継続		継続・治癒・中止・転医											
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						円		摘 要													
施術料	1. はり					円× 回＝		円													
	2. きゅう					円× 回＝		円													
	はり・きゅう併用					円× 回＝		円													
	電療料					円× 回＝		円													
1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器具						円× 回＝		円													
往療料 4kmまで						円× 回＝		円													
往療料 4km超						円× 回＝		円													
施術報告書交付料（前回支給： 年 月分）						円× 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																	
月																					
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。					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							
		令和 年 月 日					住 所														
		免許登録番号_____はり師					施術所名称														
免許登録番号_____きゅう					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