

健保組合 使用欄	受付日	年 月 日		
	常務理事	事務長	担当	担当

豊田通商健康保険組合 宛

療養費支給申請書 ( 年 月分) (はり・きゅう)

被 保 険 者 情 報 欄	申請日		年 月 日								
	保険証		フリガナ	電話番号							
	記号	番号	被保険者 氏名	生年月日							
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日						
	受療者氏名		続柄	年齢	生年月日		発症・負傷年月日				
					<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		年 月 日			
	傷病名		傷病の原因及びその経過を詳しくご記入ください								
	第三者行為等による傷病ですか？		業務上による傷病ですか？		施術に要した費用						
	<input type="checkbox"/> はい ⇒「第三者による傷病届」を提出 <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい ⇒申請前に健保組合まで <input type="checkbox"/> いいえ お問合せください		※領収書の合計金額 (月単位) 円						
委任状		① 給付金の受領は事業主に委任します。 ② 本療養費の支給に際し、貴組合が関係諸機関に照会することに同意します。 ※上記に同意できない場合は、健保組合までご連絡ください。 年 月 日 被保険者住所 〒 被保険者氏名 電話 番号									
振込先		・委任した時は振込先の記入不要 ・任意継続被保険者は給付金振込口座にお振込みします <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 本・支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 口座名義人 (カタカナ)									
施 術 内 容 ・ 証 明 欄 ( 施 術 者 記 入 )	初療年月日		施術期間				実日数	請求区分			
	年 月 日		自 年 月 日 ~ 至 年 月 日				日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続			
	傷病名		転帰								
	<input type="checkbox"/> 神経痛 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 頸腕症候群 <input type="checkbox"/> 五十肩 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> 頸椎捻挫後遺症 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医								
	初回		<input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> はり (電気針併用) <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> きゅう (電気温灸器併用) <input type="checkbox"/> はり・きゅう併用 <input type="checkbox"/> はり・きゅう併用 (電気針・電気温灸器併用)				円				
	2回		はり 円 × 回 = 円 はり (電気針併用) 円 × 回 = 円 きゅう 円 × 回 = 円 きゅう (電気温灸器併用) 円 × 回 = 円 はり・きゅう併用 円 × 回 = 円 はり・きゅう併用 (電気針併用・電気温灸器併用) 円 × 回 = 円				円				
	往療		往療料 4kmまで 円 × 回 = 円 加算 ( km) 円 × 回 = 円				円				
	施術報告書交付料 (前回支給 年 月分)		円 × 回 = 円				円				
	合計						円				
	施術日: 通院○ 往療○						( 月施術分)				
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		上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。 年 月 日 所在地 〒 はり師 免許登録番号 ( ) 施術所名 きゅう師 免許登録番号 ( ) 氏名 電話									
同意記録		同意医師の氏名		同意医師の住所		同意年月日		傷病名		要加療期間	
						年 月 日					
注意事項		療養費の支給は、毎月20日(土日祝の場合は翌平日)までに審査が完了した申請を翌月10日(金融機関休業日の場合は前平日)に、事業所に支給します。 ※任意継続被保険者は、直接給付金振込口座にお振込みします。 支給決定通知書 支給月の10日頃からマイヘルスプラスにてダウンロードいただけます。 <a href="http://toyotsu.or.jp/kenpo/">http://toyotsu.or.jp/kenpo/</a>									

【添付書類】①医師の同意書(原本)※同意日から6か月の施術に対し有効 ②領収書(原本)※領収印があるもの  
③施術報告書(写)※施術報告書交付料が算定されている場合

◆申請ルート◆ 申請者→健保組合

2024年6月改