

健康保険証に記載されている
番号をご記入ください

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

記入例

療養費支給申請書 (2024年3月分) (はり・きゅう)

被 保 険 者 情 報 欄	申請日		2024年4月1日						
	電話番号		〇〇〇-△△△-××××						
	生年月日		〇〇〇-△△△-××××						
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成		1年6月1日						
	受療者氏名		続柄	年齢	生年月日	発症・負傷年月日			
	健保太郎		本人	34	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	1年6月1日	2024年3月5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						
	腰痛症		(いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)						
	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"/> はい ⇒申請前に健保組合まで		※領収書の合計金額(月単位)				
<input checked="" type="checkbox"/> いいえ		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ お問合せください		3,288 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。							
2024年4月1日		被保険者住所 〒〇〇〇-△△△△		愛知県名古屋市〇〇〇〇△△△△××××					
		被保険者氏名		健保太郎					
		電話番号		〇〇〇-△△△-××××					
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			表日数	請求区分		
	年 月 日		自 年 月 日 ~ 至 年 月 日			日	<input type="checkbox"/> 新 <input type="checkbox"/> 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)		円		摘要		
	2回		<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 × 回 = 円				
	目		きゅう		円 × 回 = 円				
	以降		はり		円 × 回 = 円				
	往療		加算		円				
	合計				円				
施術日:通院○ 往療○						(月施術分)			
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					
支給の時期		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。							
支給決定通知書		※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。 http://toyotsu.or.jp/kenpo/							

施術者にて証明

【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