

健保 使用 欄	支払年月日				常務理事	事務長	GM	担当	受付No.	
	資格	取得	昭和・平成・令和 年 月 日							
		喪失	令和 年 月 日			区分	本人	家族	6才	高齢
		扶養認定日	昭和・平成・令和 年 月 日			高額療養費	円			
	領収書額		円			付加金	円			
					支給金額	円				

アイシン健康保険組合 御中

☐ 被保険者
☐ 被扶養者

療養費支給申請書

はり・きゅう用

被保 険者 記 入 欄	被保険者証	記号	番号	会社名		
	被保険者氏名				対象者氏名	
	傷病名				発病または 負傷年月日	平成 年 月 日
	傷病の原因 及びその経過				第三者の行為 (交通事故・けんか等) が負傷原因ですか?	☐ はい ☐ いいえ
	同意書	本紙(または添付)の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。また、アイシン健康保険組合が医療機関等の関係機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該関係機関が内容照会の回答をすることに同意します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 住所 〒 TEL				

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																																																																					
	平成・令和 年 月 日		自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日		日	新規・継続																																																																					
	傷病名					転帰																																																																					
	☐ 神経痛 ☐ リウマチ ☐ 頸腕症候群 ☐ 五十肩 ☐ 腰痛症 ☐ 頸椎捻挫後遺症 ☐ その他 ()					継続・治癒・中止・転医																																																																					
	初検料	☐ はり ☐ きゅう ☐ はり・きゅう併用				円	摘要																																																																				
	施術料	はり・きゅう	施術の種類				1術 回 2術 回																																																																				
		通所	円 × 回 =				円																																																																				
		訪問施術料 1	円 × 回 =				円																																																																				
		訪問施術料 2	円 × 回 =				円																																																																				
		訪問施術料 3 (3人~9人)	円 × 回 =				円																																																																				
	訪問施術料 3 (10人以上)	円 × 回 =				円																																																																					
	電療料 (加算/ ☐ 電気針 ☐ 電気温灸器 ☐ 電気光線器具)	円 × 回 =				円																																																																					
	特別地域 (加算)	円 × 回 =				円																																																																					
	往療料	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 訪問1①	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																																												
通所〇 訪問2②																																																																											
往療◎ 訪問3③	月																																																																										
往療又は訪問の理由 ☐ 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 ☐ 認知症や視覚、内部、精神障害などによる外出困難 ☐ その他()																																																																											
上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。																																																																											
令和 年 月 日 所在地																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																																																											
はり師 免許登録番号 () 施術所名																電話																																																											
きゅう師 免許登録番号 () 氏 名																																																																											
同意 記録	(再)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														
																															令和 年 月 日																																												

【添付書類】 ①領収書(原本) ②医師の同意書(原本)※1

【注意事項】 ※1 初療、および、6カ月を超えて引き続き申請する場合は、医師の診察を受けた上で交付された「医師の同意書」(原本)の添付が必要となります。

※2 療養費の適正な給付を行うため、申請内容について照会を行う場合がありますので、期限内に回答ください。

※3 書類受付後に、受診状況の確認、照会など審査を行います。そのため、申請から審査結果が出るまでに、3、4カ月以上かかる場合があります。

※4 支給決定通知書は郵送いたしません。アイスマイルポータルに登録をして、ご自身で支給金額等をご確認ください。

※5 請求の効力は2年です。