（秘密）

健保記入欄			
療養費金額	円	支給金額	
自己負担額	円	円	
健保負担額	円		

担当	事務長	常務理事

被保険者 被扶養者　療養費支給申請書　（　年　月分）（はり・きゅう用）

令和　年　月　日　提出

被保険者記入欄				
被保険者証 記号・番号		発病又は負傷年月日	傷病名（医師の同意を受けた傷病名）	
記号	番号	年　月　日		
被保険者氏名	＊自署の場合は押印不要　印	続柄	発症又は負傷の原因及びその経過	
施術を受けた者の氏名	男・女	1.本人 2.配偶者 3.子 4.その他(　)	下記の1～3に○を付ける	
	昭・平・令　年　月　日生		1．業務上　2．第三者行為である　3．その他	

はり・きゅう師記入欄					
施術内容欄	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分	
	平・令　年　月　日	自・令和　年　月　日～至・令和　年　月　日	日	新規・継続	
	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（　）			転帰	
				継続・治癒・中止・転医	
	初検料　1.はり　2.きゅう　3.はりきゅう併用	円		摘要 ※往療を必要とした理由、その他施術に関する特記事項等を記入	
	施術料　はり	円×　回＝　円			
	施術料　きゅう	円×　回＝　円			
	施術料　はり・きゅう併用	円×　回＝　円			
	施術料　電療料　1.電気針　2.電気温灸器　3.電気光線器具	円×　回＝　円			
	往療料　4㎞まで	円×　回＝　円			
	往療料　4㎞越	円×　回＝　円			
	施術報告書交付料（前回支給：　年　月）	円×　回＝　円			
	費用額計	円			
	施術日 通院○ 往療◎　月	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			
施術証明欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。		保険所登録区分	1．施術所所在地　2.出張専門施術者所在地	
	令和　年　月　はり師・きゅう師住所				
	施術者登録番号	氏名	印	TEL（　）　-	
同意記録	同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
			令和　年　月　日		
同意記録	再同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
			令和　年　月　日		

オムロン健康保険組合　R5.4

[注意事項]
1．発病または負傷の原因が業務上または通勤途中の事故による場合は、労災保険からの給付があるため健康保険から療養費は支給されません。
2．退職後の保険加入の方は、保険料の振替口座への入金となります。

[添付書類]
1．療養（施術）費の領収書（原本）
2．医師の同意書（初回受診時）

健保受付印

[記入上の注意]
1．摘要欄は、往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入して下さい。
2．初療の日から３か月を経過した時点における同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付は要しません。
この場合には、医師に確認の上同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示等ある場合にはその期間を同意記録欄に記入して下さい。