

申請ルート: 申請者(被保険者)→ミットヨ健康保険組合

被保険者・被扶養者(家族) 療養費・療養付加金支給申請書【はり・きゅう用】

ミットヨ健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者等記号		被保険者等番号		申請日							
	氏名	氏		名		社員番号						
						生年月日						
	所属名称											
	住民票住所		〒 -									
	療養を受けた方が被扶養者の場合		氏 名		生年月日		被保険者との続柄					
	施術した場所(入居施設や住所地特例等、健康保険組合届け出住所と異なる場合に記載)											
	発病又は負傷年月日		施術をうけた年月				施術に要した費用の額				円也	
	傷病名・傷病の原因及び経過、はり・きゅう受療の経緯											
	負傷の場合		業務上または通勤途上の負傷ですか				はい(療養費の請求はできません) いいえ					
交通事故または第三者行為によるものですか			はい		いいえ		「はい」の場合、負傷した時すぐにミットヨ健康保険組合に届出ましたか		はい		いいえ	
給付金受取方法		A. 事業主経由での支給 (在職中の方が記入)		【委任状】 この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任いたします。 被保険者氏名								
		B. 個人口座へ支給 (任意継続者、資格喪失者の方が記入)		銀行名				支店名				
				種別		普通 当座		口座番号				
				口座名(カナ)								

施 術 者 (あ ん ま マ ッ サ ー ジ 指 圧 師) 記 入 欄	初療年月日		施術期間														実日数		請求区分		転帰												
	年 月 日		自 年 月 日 ~ 至 年 月 日														日		新規・継続		継続・治癒・中止・転医												
	傷病名		☐ 神経痛(部位:) ☐ リウマチ ☐ 頸腕症候群 ☐ 五十肩 ☐ 腰痛症 ☐ 頸椎捻挫後遺症																														
	初検料		☐ はり ☐ きゅう ☐ はり・きゅう併用														円		摘 要														
	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(加算/ 1電気針 2電気温灸器 3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																										
	費用合計		円																														
施術日: 通所○ 往療○ 訪問1① 訪問2② 訪問3③		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
○往療又は訪問の理由(1. 独歩による公共機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他())																																	
上記のとおり施術を行い、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																																	
年 月 日		住所(所在地) 施 術 所 名																															
免許登録番号		はり・きゅう師 氏名														電話																	

医 師 同 意	医師同意書 (記入または添付)		患者名				要加療期間			
			医師の氏名				同意年月日			
			保健医療機関名称 所在地				傷病名			
			電話番号							

被保険者のマイナンバー記載欄				健保組合受付欄	

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です