

被 保 険 者 欄	○被保険者の記号番号		○発病又は負傷年月日		○医師の同意を受けた傷病名 発症又は負傷の原因及びその経過																													
	—		年 月 日																															
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)	続 柄	○業務上・外、第三者行為の有無																														
		男 ・ 女		(1. 業務上 2. 第三者行為 3. その他 ())																														
○施術した場所（施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載）																																		
	昭・平・令 年 月 日生																																	
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間										実日数		請 求 区 分																			
	() 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																			
	施 術 内 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																													
	電療料（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																															
	明 細 書 発 行 加 算		円× 回＝ 円																															
	費 用 額 計		円																															
	施術日	訪問1○	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
通所○	訪問2○																																	
往療○	訪問3○																																	
○往療又は訪問の理由（ 1. 徒歩による公共交通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徒歩による外出困難 3. その他（ ） ）																																		
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。										保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地																					
	令和 年 月 日										〒		—																					
	免許登録番号										はり 師		住 所																					
免許登録番号										きゅう師		氏 名 電 話																						
申 請 欄	上記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。										〒		—																					
	令和 年 月 日												住 所																					
	北陸電力健康保険組合理事長 殿										被保険者 （請求者）		氏 名 電 話																					
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																					

・申請書は暦月を単位として作成してください。

・二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。

・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

<提出の流れ>本人→事業所→健康保険組合（※任意継続の場合は、直接健康保険組合へ提出してください）

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

<その他添付書類（該当する場合）>

☐医師の同意書（原本） ☐施術報告書（写し） ☐1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

支給決定	常務理事	事務長	担当	支給金額							円
決定日		令和 年 月 日									
受付日		令和 年 月 日		支給日	令和 年 月 日						

被 保 険 者 欄	○被保険者資格の記号番号		○発病又は負傷年月日		○医師の同意を受けた傷病名 発症又は負傷の原因及びその経過							
	1 — 123456		○ 年 ○月 ○日		頸腕症候群							
	施 術 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ) ホクデン ハナコ			続 柄		○業務上・外、第三者行為の有無					
		北電 花子			男 ・ <u>女</u>		妻		(1. 業務上 2. 第三者行為 <u>3. その他</u> ())			
<u>昭</u> ・平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日生			○施術した場所（施設等に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載）									

施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日		施 術 期 間																	実日数		請 求 区 分											
	() 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		円																	摘 要													
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用																																
	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			※二重線内は、施術所に記入を依頼して下さい																														
電療料 (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																															
明 細 書 発 行 加 算		円× 回＝ 円																															
費 用 額 計		円																															
施術日	訪問1①	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
通所○	訪問2②																																
往療◎	訪問3③																																
○往療又は訪問の理由 (1. 徒歩による公共交通機関を使っでの外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 3. その他 ())																																	
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。																	保健所登録区分		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地													
	令和 年 月 日																	〒 -															
	免許登録番号 はり師 住 所																																
免許登録番号 きゅう師 氏 名																			電話														

申請欄	上記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。 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇番地 令和 〇 年 〇 月 〇 日 北陸電力健康保険組合理事長 殿 被保険者 (請求者) 氏名 北電 太郎 電話 〇〇〇-〇〇〇〇				
	同意医師の氏名	住 所	同 意 年 月 日	傷 病 名	要加療期間
同意記録	〇〇病院 〇〇 〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	令和 〇 年 〇 月 〇 日	頸腕症候群	3ヶ月

・申請書は暦月を単位として作成してください。

・二重線内（「施術内容欄」および「施術証明欄」）は、施術管理者へ記入を依頼してください。

・「同意記録」は、同意書の原本を添付する場合、記入の必要はありません。ただし、前月分以前の申請書に同意書の原本を添付し、当該同意書に基づく支給可能期間内の場合は、当該同意書に係る内容を「同意記録」に記入してください。

<提出の流れ> 本人 → 事業所 → 健康保険組合 （※任意継続の場合は、直接健康保険組合へ提出してください）

※当該申請書を提出の際には、施術に要した費用の領収書（原本）を必ず添付してください。

<その他添付書類（該当する場合）>

☐医師の同意書（原本） ☐施術報告書（写し） ☐1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書