

款	支給額
項	
目	円

常務理事	事務長	主任	事務	担当者

アンリツ健康保険組合御中 被保険者 療養費 支給申請書 はり・きゅう・あんま・マッサージ用 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号	番号	氏名	
	住所	TEL			
	以下により請求します。ただし、保険給付金の在職中受領を下記事業主に委任します。				
	被扶養者が受診したときは、その者の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日 続柄	
	傷病名	発病又は負傷年月日		平・令 年 月 日	
	発病または負傷の原因	負傷の場合発生場所			
	傷病の経過				
	同意医師 医療機関	医師名	医療機関名		
		住所			
		初診年月日	平・令 年 月 日	同意年月日	令和 年 月 日
	診療を受けた 機関等	名称	氏名		
		所在地			
	給付種類	<input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ		治療費用	円
	診療の期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間) ※暦月単位申請			
	添付書類 (④~⑥該当時)	①はりきゅう・あんまマッサージ用療養費支給申請書 ②領収書 ③医師の同意書(原本)			
④1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書 ⑤施術報告書(写し) ⑥往療状況確認表					
傷病が第三者行為によるものか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	その事実の届出の有無	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
退職者 記入	退職後(退職予定者)の請求の場合は、本人名義の振込口座をご記入下さい。 ※ゆうちょ銀行は不可				
	金融機関名	支店名	種類	口座番号	
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ 口座名義	

事業主 証明欄	この請求が正しいことを証明します。			
	委任を受けた保険給付は当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ支給します。			
	令和 年 月 日			
	事業所名		事業主(代理人)名	

健保 組合 記入 欄	資格取得日	昭平令 年 月 日	報酬月額	円	支払金額	円
	資格喪失日	令和 年 月 日	本人負担額	円	支給額(70% 80%)	円
	種別	<input type="checkbox"/> はり・きゅう <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ			付加金(上位一般)	円
	支給 期間	令和 年 月 日から	区分	<input type="checkbox"/> 被保険者	高額療養費	円
		令和 年 月 日まで 日間		<input type="checkbox"/> 家族(入学後) <input type="checkbox"/> 家族(入学前)	合計金額	円
	備考					受付NO
					受付年月日	

はり・きゅう、あんま・マッサージ・指圧（あはき） にかかる療養費の申請方法について【償還払い】

【申請方法】

- ①施術料の全額を施術所窓口で支払い「領収書」を受け取ります。
- ②施術者等に施術内容等の証明を受けます。（療養費支給申請書内に記載）
- ③以下の書類を揃え、当健保組合にご提出ください。

□『療養費支給申請書』

- ・ 『はり、きゅう用』または『あん摩・マッサージ・指圧用』の該当するものに記入。
- ・ 「施術内容欄・施術証明欄は施術者」、「それ以外の項目は申請者(被保険者)」が記入をします。
- ・ 当健保組合は申請者(被保険者)以外の口座に給付金を支払いませんので、委任欄は記入しないでください。

□『領収書原本』（全額自己負担額の記載、患者氏名、施術日、領収印のあるもの）

□『医師の施術同意書（原本）』

- ・ 初療日から6か月を経過した時点で、更に施術を受ける場合は再度、医師の診察のうえ施術同意(再同意)を受けることが必要です。
- ・ 同意期間内において2回目以降の請求については、医師の同意書の添付は省略または医師同意書（写し）の添付で差し支えありません。

□『施術報告書（写し）』

施術者の施術報告書交付料の算定が行われている場合は、施術者等が発行した当該書類の写しを確認のため添付してください。

□『往療状況確認書』

往療の施術を受けた場合には、施術者等へ『往療状況確認書』の記入を受け申請書に添付をしてください。

その他注意事項

- ・ 暦月ごとに申請してください
- ・ 療養費支給申請書及び添付書類（医師の施術同意書等）は、添付しました用紙をご使用頂きます様お願い申し上げます。
- ・ 当健保組合において審査のうえ、支給決定を行います。
- ・ 医療機関との併用確認等のため、支給はおよそ施術月より4～5ヶ月後となります

【問 合 先】 アンリツ健康保険組合 ☎ 046-296-6720 担当：留分