

療養費支給申請書（令和 3 年 1 月分）（はり・きゅう用）

記入例

被 保 険 者 欄	○被保険者証等の記号番号 1111 - 2222		○発病又は負傷年月日 令和 3 年 1 月 5 日		○傷病名（医師の同意を受けた） 腰痛症	
	施 術 を 受 け た の 氏 名	(フリガナ) ウンコ タロウ 運輸 太郎		続 柄 1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. その他 ()	○発症又は負傷の原因及びその経過 朝起きた時に腰をひねった。	
		昭和・平成・令和 年 月 日生			○業務上・外、第三者行為の有無 1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他	
施 術 内 容 欄	初 療 年 月 日 平成・令和 年 月 日		施 術 期 間 日・令和 年 月 日～全・令和 年 月 日		実 日 数	
	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 ()				請 求 区 分 新 規 ・ 継 続 転 帰 継続・治癒・中止・転帰	
	初 検 料 1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用		円		摘 要 ※施術管理者以外が施術した場合は記入	
	はり 円× 回＝ 円		円		施術者氏名	
	きゅう 円× 回＝ 円		円		施術日 月 日	
	はり・きゅう併用 円× 回＝ 円		円			
	電療料 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具		円× 回＝ 円		※往療を必要とした場合に記入	
	往 療 料 円× 回＝ 円		円		往療を必要とした理由	
	往 療 料 円× 回＝ 円		円			
	施術報告書交付料（前回支給： 年 月分）		円× 回＝ 円			
費 用 額 計		円				
施 術 証 明 欄	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 1	
	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	
	令和 年 月 日		所在地			
	はり師免許登録番号		施術所名			
きゅう師免許登録番号		施術管理者名		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 3 年 2 月 10 日					
	被保険者 住 所 神戸市中央区〇〇町××× 兵庫県運輸業健康保険組合理事長 殿 (請求者) 氏 名 運輸 太郎 電話(〇〇〇)△△△-××××					
支 払 機 関 欄	金融機関名 〇〇〇 銀行 金庫 農協		支店名 ××××		口座預金種別 本店 普通 当座	
	口座番号 1 1 1 1 1 1 1		振込名義人（フリガナ） (ウンコ タロウ) 運輸 太郎			
同 意 記 録 欄	同意医師の氏名 〇〇 〇〇		住 所 神戸市中央区〇〇町 ×××		同意年月日 令和 3 年 1 月 7 日	
	傷 病 名 腰痛症		要加療期間 3 カ月			
委 任 欄	(代理人) 本申請書に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 (申請者住所) 氏名					
	(被保険者(申請者)との関係住所) 氏名					

※当組合のはり灸にかかる療養費申請は、償還払い方式となりますので、申請は被保険者より申請していただくようお願いいたします。

- 記入にあたっての注意事項
- 申請書は原簿の単位ごとに提出してください。
 - 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。
 - 「支払機関欄」は、被保険者名義（委任した場合は、代理人）の口座を記入してください。
 - 「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。
 - 「委任欄」は、被保険者名義以外の口座に振込を希望される場合に記入してください。ただし、施術者及びその関係する法人等への委任はできません。
- ※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） □往療状況確認表 □1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書

診 断 書			(はり及びきゅう療養費用)		
患 者	住 所				
	氏 名				
	生 年 月 日	昭和・平成・令和	年	月	日
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. 頸椎症後遺症				
※ 1～6は、当てはまるものに○をつけてください。					
7は、慢性的な疼痛を主訴とする病名を記載ください。					
発病年月日	令和	年	月	日	
診察区分	初 診 ・ 再 診 (○をつけてください)				
診 察 日	令和	年	月	日	
症 状 (主訴を含む)	てください。				
注意事項等	注意すべき事項等があれば記載してください（任意）				
令和 年 月 日					
保 険 医 療 機 関 名					
所 在 地					
保 険 医 氏 名					

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で記載する必要があります。保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載してください。

同意書			(はり及びきょう療養費用)		
患 者	住 所				
	氏 名				
病 名	生 年 月 日	時 分	平成・令和	年	日
	はり灸の施術を同意した医療機関で証明をもらってください。				
1. 神経痛					
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（					
※ただし、同意期間内(6					
力月)において 2 回目以降の請求については、省略					
または医師同意書の写し					
の添付で差し支えありません。					
令和 年 月 日					
保 険 医 療 機 関 名					
所 在 地					
保 険 医 氏 名					

※ 保険医が、当該疾病について診察の上で同意する必要があります。（裏面参照）
保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載してください。

(はり・きゅう用)

(令和 年 月分)

1 年以上・月 1 6 回以上施術継続理由・状態記入書

患 者	氏 名										
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日									
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 ()										
施 術 の 種 類	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用										
初 療 年 月 日	年 月 日										
施 術 回 数	月 回 (当該月の施術回数を記載)										
患者の状態の評価											
痛みの強さ	評価日 令和 年 月 日										
	4 5 6 8 9 10										
NRS (Numerical Rating Scale) : ユーリカルレーンゲスケールによる評価 (注) 全く痛みがない状態を「0」、自分が考え想像しうる最悪の痛みを「10」として、 今感じている痛みの点数を患者に聞き、該当の点数に印をつけること。											
前月の評価の有無 1. 有 2. 無し											
前月の状態からの改善や変化 (前月の評価の有無が「有」の場合に記入)											
1. 悪化 2. 維持 3. 改善小 4. 改善中 5. 改善大											
症状・痛み及び初療の日から 1 年以上経過して 月 1 6 回以上の施術が必要な理由)											
上記のとおりであります。											
令和 年 月 日											
はり師・きゅう師氏名											

施術継続期間が1年
以上かつ月16回以
上施術をされた方は、
鍼灸師にて証明をも
らってください。

(はり・きゅう用)

1 年以上・月 1 6 回以上施術継続理由・状態記入書

(令和 年 月 分)

患 者	氏 名										
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日									
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 ()										
施 術 の 種 類	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用										
初 療 年 月 日	年 月 日										
施 術 回 数	月 回 (当該月の施術回数を記載)										
患者の状態の評価											
痛みの強さ	評価日 令和 年 月 日										
	4 5 6 7 8 9 10										
NRS (Numerical Rating Scale: ニューメル レーティング スケール) による評価 (注) 全く痛みがない状態を「0」、自分が考え得る最悪の痛みを「10」として、 今感じている痛みの点数を患者に聞き、該当の点数に印をつけること。											
前月の評価の有無: 1. 有り 2. 無し											
前月の状態からの改善や変化 (前月の評価の有無が「有り」の場合に記入)											
1. 悪化 2. 維持 3. 改善小 4. 改善中 5. 改善大											
症状 及び 治療 等 から 1 年以上経過して 月 1 6 回以上の施術が必要な理由)											
鍼灸師にて証明をもらってください。											
上記のとおりであります。											
令和 年 月 日											
はり師・きゅう師氏名 _____											

施術報告書

医師 _____ 様

- 以下のとおり、施術の状況をご報告いたします。
- 本報告をご覧いただくとともに、直近の診察に基づいて、施術継続の再同意の可否についてご判断いただきますようお願いいたします。
- 不明の点や特段の注意事項等ありましたら下記までご連絡いただきますようお願いいたします。

患者氏名	施術者の施術報告料 交付料の算定が行わ れている場合は、鍼灸 師にて証明をもらって ください。		
患者生年月日			
施術の内容・頻度			
患者の状態・経過			
特記すべき事項			

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 施術所名 _____
住所 _____
電話・FAX番号 _____
メールアドレス _____
施術者氏名 _____

往療状況確認表

令和 年 月分 施術者氏名

受療者氏名：

往療先住所： ※施設へ入所の場合は施設の住所

※施設への入所の場合：施設名称（ ）施設種別（ ）

日	同一日・ 同一建物 記入欄	往療の起点 (出発点または先順位住所)	施術開始時間	起点からの直線距離 (地図上の直線距離)
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

往療の施術を受けた方
は、鍼灸師にて証明を
もらってください。

＜往療を必要とする理由＞

1. 独歩による公共交通機関等を使っての外出が困難
2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難
3. その他（ ）

＜介護保険の要介護度＞（ 1 . 2 . 3 . 4 . 5 ）分かれば記載してください

＜医療機関等への受診方法についてお知らせください＞

1. 独歩
 2. 往診
 3. 車椅子等（ ）
- 付き添い（ ア. 有り イ. 無し）

- 注
- ・ 施設種別とは特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護療養型医療施設・グループホーム・ショートステイなど
 - ・ 同上の場合は、「同上」や「〃」との記載で差し支えない。
 - ・ 同一日・同一建物記入欄には、同一日に同一建物への往療に該当する場合であって、当該患者について往療料を算定している場合には「◎」を、算定していない場合には「○」を記入すること。
 - ・ 往療の起点については、個人宅は丁目までの記載で可とする。
 - ・ 個人情報の取り扱いには、十分注意すること。