

ソニー健康保険組合理事長殿

健康保険 被家 **チェック必須** 養費支給申請書 (令和 5 年 7 月分) はり・きゅう用

◆申請者確認欄 (チェック必須)		<input checked="" type="checkbox"/> 記載内容については、申請者(被保険者)本人が記入・確認しました。			
		<input checked="" type="checkbox"/> 在職中の給付金は事業主(⑤の本籍会社)経由で受領します。			
①被保険者証の 記号・番号	記号 番号	999 999999	②被保険者の氏名 (自署)	健保 太郎	
③被保険者の住所 ●支給決定通知書等の書類送付先 となります		〒 999 - 9999 〇〇県△△市××99-99			
④日中連絡の取れる電話番号 ●お問い合わせの際に使用します。複数可		<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 : 099-1234-5678			
		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 : 99-9999-9999			
		メールアドレス : 〇〇〇x x x@sony.com			
⑤被保険者の本籍会社名 ●任意継続被保険者・特例退職被保険者記入不要		●出向中の方は出向元会社(給与の支払を受けている会社) 〇〇××株式会社			
⑥ 施術を受けた人		(a) 氏名 健保 花子	(b) 生年月日 昭平・令和 40 年 1 月 1 日	(c) 被保険者との続柄 妻	
⑦ 傷病名	坐骨神経痛		⑧発病又は 負傷の年月日	平成・令和 5 年 1 月 頃 日 (負傷の場合は 時頃)	
⑨ 発病又は傷病の原因	両足の痛み・しびれがあ るが、原因不明		⑩経過及び現在の 症状(詳しく)	月3回ほど施術を受けている。施術のあ とは痛みやしびれがやわらく。	
⑪業務上によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		⑫第三者の行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
⑬施術を受けた部位	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 右肩 <input type="checkbox"/> 左肩 <input type="checkbox"/> 右腕 <input type="checkbox"/> 左腕 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腰 <input checked="" type="checkbox"/> 右足 <input checked="" type="checkbox"/> 左足 <input type="checkbox"/> 臀部 <input type="checkbox"/> その他()				
⑭ 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
	菅仁 一郎	〇〇県◇◇市××11-11	令和 5 年 7 月 1 日	坐骨神経痛	
同意書					
ソニー健康保険組合 理事長 殿					
このたび申請した療養費支給申請書(はり・きゅう)について、同意書の交付を受けた保険医(医療機関)に対して、療養の給付記録・ 診察記録等、保険給付の支給可否決定に必要とする事項の照会を行うこと、また保険医(医療機関)が上記照会の回答をすることに同意します。 また、上記照会を行うにあたり、ソニー健康保険組合が当該機関等に対して、必要な範囲内で照会に関する説明を行うことについて 了承致します。 なお、本書の写しも有効と致します。					
被保険者証の記号		999	被保険者証の番号	999999	令和 5 年 8 月 1 日
被保険者住所		〇〇県△△市××99-99			
被保険者氏名		健保 太郎	施術を受けた方の氏名	健保 花子	

退職者・ 退職 予定者	この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は記入				
	退職している 退職の予定	退職被保険者			
	⑮振込先口座 ●どちらか一方を 記入	口座名義人			
郵便局					
□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					

**在籍中の方、1か月以内に退職予定のない方は
口座の記入は不要**

2ページ目は施術者(施術院)の方が記入してください。

受 付 印

《 次 ページ へ 続 く 》

はり・きゅう施術内容証明		※施術者(施術院)が記入するところ	
被保険者証の記号・番号		施術を受けた人の氏名	
記号 999	番号 999999	健保 花子	
初療年月日		生年月日	
平成 5年 7月 1日		昭・平・令 40年 1月 1日	
初療年月日		施術期間	
平成 5年 7月 1日		自・令和 5年 7月 1日 ~ 至・令和 5年 7月 24日	
初療年月日		実日数	請求区分
平成 5年 7月 1日		3日	新規・継続
傷病名		転帰	
1.神経痛 2.リウマチ 3.頸腕症候群 4.五十肩		継続・治癒・中止・転医	
5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他()			
初検料		摘要	
11		はり・きゅう師に記入をしてもらう	
はり		円	
きゅう		円× 回= 円	
はり・きゅう併用		1,610 円× 3 回= 4,830 円	
電療料		円	
1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具		34 円× 3 回= 102 円	
往療料		円	
4kmまで		円× 回= 円	
往療料		円	
4km超		円× 回= 円	
施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)		円× 回= 円	
費用額計		円	
施術日		円	
通院○往療○		① 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 25 26 27 28 29 30 31	
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	
令和 5年 7月 31日		1.施術所所在地 2.出張専門施術者住所地	
はり師免許登録番号 123456		所在地 ○○県△△市1234-5	
きゅう師免許登録番号 654321		施術所名 ◇◇◇治療院	
		施術者名 按摩 太郎 電話 000-000-0000	

1. 注意事項

- ・申請書は暦月を単位として作成してください。
- ・訂正する場合は、二重線で抹消し訂正のうえサインして下さい。
- ・施術後すみやかにご申請下さい。
- ・提出された申請書及び添付書類については返却致しません。(不備書類の場合を除く)

2. 添付書類について

添付書類	注意事項
必須 ① 領収書(原本)	・全額自己負担額、患者氏名、施術日、但し書き(例:はりきゅう施術代として、など)の記載があること。 ・施術を受けるごとに発行される領収書を全て添付ください。
該当する場合に必要 ② 医師の同意書(原本)	・初療および6か月を超えて引き続き施術が必要な場合は、医師の同意(再同意)が必要です。 ※必ず保険医の診察の上、交付を受けて下さい。 ・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し「同意記録」欄に当該同意書の内容を記入、または医師の同意書(コピー)の添付をしてください。 ・変形徒手矯正術は、毎月、医師の同意が必要です。
③ 施術報告書(コピー)	再同意の際(②の交付を受けるにあたって)、交付料が算定された場合に添付してください。
④ 往療状況確認書(原本)	往療の施術を受けた場合に添付してください。
⑤ 1年以上・月16回以上 施術継続理由・状態記入書(原本)	初療日から1年以上経過していて、かつ、月に16回以上の施術の場合、添付してください。