

療 養 費

家族療養費

支給申請書(令和6年4月分)(はり・きゅう用)

住友化学健康保険組合 御

療養費、家族療養費の
いずれかに○を記入マイナポータル、資格情報
のお知らせ、資格確認書、
健康保険証のいずれかを参
考に記入療養を受けた月(施術月)を記入
※歴月ごとに記入してください

令和 6 年 5 月 25 日

(請求者氏名)

住友 太郎

被 保 険 者 記 入 欄	事業所名	愛媛工場				
	被保険者の 記号番号	10-987654	所 属	第三製造課	電 話 番 号	861-9999
	住 所	愛媛県西条市西条1-1-1				
	受診者氏名	フリガナ スミトモ ハナコ	男	受診者生年月日	昭和41年6月1日	
	住友 花子	女	被保険者との続柄	妻		
	傷 病 名	腰痛症	発病又は負傷年月日	令和6年2月1日		
	業務上・外、第三者行為の有無	発症又は負傷の原因及びその経過				
	1. 業務上 2. 第三者行為である ③. その他	重いものを持ち上げた際に腰を痛めた				
	給 付 金 法	代理人委任 (賃金受領)	委任状 私は事	在職者は日付(記入日)、請求者氏名を記入 令和6年5月25日 (請求者氏名) 住友 太郎		
	給 受 取 方 法	銀行振込 (退職者および 任継者のみ)	(フリガナ)	退職者または任意継続被保険者は振込口座を記入 店の 私名義 普通預金口座No. へお振込みください。		

は り ・ き ゅ う 師 記 入 欄	初療年月日	施 術 期 間		実日数	請 求 区 分	
	年 月 日	自・ 年 月 日	至・ 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	転 帰
		5.腰痛症	6.頸椎捻挫後遺症	7.その他 ()		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 容	はり	円× 回=	円		
		きゅう	円× 回=	円		
		はり・きゅう併用	円× 回=	円		
	料	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 料	4kmまで	円× 回=	円		
往 療 料	4km超	円				
施術報告書交付料(前回支給年月日)	円					
費 用 額	円					
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 31				
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。				保険所登録区分	1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者所在地
	年 月 日	住所				
	免許登録番号	はり師				
	免許登録番号	きゅう師 氏名			印 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	
			年 月 日			
同意記録	再同意医師の氏名	住 所	同 意 年 月 日	傷 病 名	要加療期間	
			年 月 日			

はり師・きゅう師に
記入を受けてください

[注意]

[添付]

[記入]

添
付
書
類

- ☐ 治療(施術)費の領収書(原本)
- ☐ 医師の同意書(初回受診時および、前回の同意から6ヶ月を超えて引き続き受診する場合)
- ☐ 施術報告書(施術報告書交付料の申請を行う場合)