

健保決裁欄	理事長・常務理事	所属長	主担者	受付年月日	決定年月
-------	----------	-----	-----	-------	------

記入例

療 養 費 請求書 (はり・きゅう用)

療 養 費
 第二家族療養費

パナソニック健康保険組合 理事長 殿 事業所 氏名 ○○ ○○ 電話 ○○-○○○○-○○○○

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号・番号	1 0 ・ 1 2 3 4 5 6 7	被保険者氏名	健保 太郎	
	受療者氏名 (生年月日)	健保 花子 (昭和54年12月25日生)		発病又は負傷年月日	25 年 5 月 20 日
	傷病の原因及びその経過	テニスプレー中に肩を痛め、整形外科で受診するも痛みが改善しないため、その医師に鍼灸の施術を受けるよう指示された			
	第三者行為による傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい	→「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出	業務上、または通勤途上での傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい
		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ			<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	<p>上記のとおり請求し、ただし、給付金の受領を下記事業主に委任します。</p> <p>パナソニック健康保険組合が医療機関に提出した事実の有無や行われた療養費の負担割合等について、当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。</p> <p>平成 28 年 1 月 5 日 (〒 ○ ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○)</p> <p>住 所 ○○県○○市○○町○番○号</p> <p>被保険者氏名 (請求者氏名) 健保 太郎</p> <p>電 話 ○ ○ (○ ○ ○ ○) ○ ○ ○ ○</p>				
	<p>喪失 (予定) 者記入欄</p> <p>※ 被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要。(死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)</p>				
	(フリガナ)		(フリガナ)		
	(金融機関コード)		(店番コード)		
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所		
普通口座番号	月ごとの最終受療日に施術者へ記入を依頼してください。				

施 術 者 (は り 師 ・ き ゅ う 師) 記 入 欄	初療年月日	平成26年6月1日	施術期間	平成27年12月5日 ~ 平成27年12月19日	実日数	3日	請求区分	新規 (継続)	転 帰	継続 (治癒) 中止・転医	
	傷病名	1. 神経痛(部位:) 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									
	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			1,580 円 × 3 回 =	4,740 円					
	電療料	1. 電気針 ② 電気温灸器 3. 電気光線器具		30 円 × 3 回 =		90 円					
		往療料	4kmまで		円 × 回 =	円					
		4km超		円 × 回 =	円						
	施術報告書交付料 (前回支給: 年 月)				円 × 回 =	円					
費用額計				4,830 円							
施術日	通院○ 往療○	12月	1 2 3 4 ⑤ 6 7 8 9 10 11 ⑫ 13 14 15 16 17 18 ⑰ 20 21 22 23 24 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		1. 施術所所在地 2. 出張専門施術者住所地							
住所(所在地)		大阪府○○市○○町○番○号									
平成 27年 12月 30日		施術所名		守口○○鍼灸院							
免許登録番号		はり師氏名		守口 一夫							
免許登録番号		きゅう師		電話 (06) 1111 - 1111							
同意記録	同意医師の氏名	同意医師の住所		同意年月日	傷病名	要加療期間					
	大阪 一郎	大阪府○○市○○町○○1-2-3		平成27年10月1日	頸腕症候群						

事業主証明欄	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。				
	平成 28 年 1 月 10 日	事業所所在地	○○県○○市○○町○番○号		
	受任者	事業所名称	パナソニック○○株式会社		
会社立替のときは「1」を記入→	事業主氏名	○○ ○○			

健保記入欄	SEQ	本人・家族	支給期間	実日数	元金額	支給決定金額
備考欄		本・家				

初療で新規請求の場合は医師の同意書が必須。継続請求で医師の同意書が得られない場合は、施術者が医師の同意を得てこの同意記録欄に記入でも可。ただし同意書添付から1年を超える場合は、新たに同意書の交付を受け添付をお願いします。

＜添付書類(原本を添付)＞
 ・医師の同意書(初療と変形徒手矯正術は同意書必須。ただし、6カ月を超えて引き続き受療する場合は、再度保険医から同意書の交付を受け添付する必要があります。)
 ・領収書原本

※ 保険給付決定通知書は、パナソニック健保のホームページ・加入者専用webサービス『いきいき健康ナビゲーション』でご確認いただけます。 30.10

はり・きゅう療養費請求の留意事項

はり・きゅうの施術に対する療養費の支給に関しては、医師の同意が必要となります。
 はり・きゅうは、慢性病で医師による適切な治療手段がないもので慢性的疼痛を主症とする
 疾病の場合、療養費を請求できます。

<p>支給対象傷病</p>	<p>神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症等 慢性病で医師による適切な治療手段がないもので、慢性的疼痛を主症とする 疾患</p>
<p>支給対象とは ならない場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・保険医療機関に入院中の場合 ・同一傷病で保険医療機関にて療養の給付(診察・検査及び療養費同意書交付を除く治療)を受けている場合 ・同一傷病で柔道整復やあんまマッサージの施術があった場合
<p>同意書の有効期限</p>	<p>要加療期間(6ヶ月以内)または初療日/再同意日から最長6ヶ月 初療日/再同意日が 1～15日:当該月の5ヶ月後の月末 初療日/再同意日が16～31日:当該月の6ヶ月後の月末</p> <p style="text-align: center;">(例1) 7/15 初療日/再同意日→12/31まで有効 例2) 7/16 初療日/再同意日→ 1/31まで有効)</p> <p>【注意】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同意を求める医師は、原則として当該疾病にかかる主治の医師であること。 (「はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項について」平成22年5月24日 保医発第0524第4号) ただし主治医が学会等で長期不在の場合は、同院、同診療科の医師でも可 ・初療は医療機関等で受診のうえ同意書が必須 ・継続(再同意)は施術者が医師に同意を得て請求書に記載でも可 ただし同意書添付から一年を超える場合は新たに同意書の交付を受け添付をお願いします。 ・初療、継続ともに遡っての同意は不可