被保険者

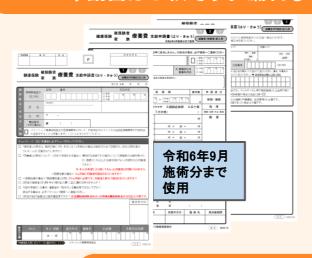
健康保険

家 族

療養費 支給申請書(はり・きゅう)の手引き

保険適用となる疾病であり、医師が治療の必要性を認めた場合に限り、施術費用を全額立て替えた場合は「療養費」として支給を受けることができます。

申請書は3枚です。漏れなく正確にご記入ください



- 支給申請書は、家族(被扶養者)の 療養費支給申請であっても、 被保険者ご自身がご記入ください。
- 被保険者が亡くなられている場合は、 相続人の方が申請者としてご記入 ください。

添付書類をご用意ください

●「医師の同意書」(原本)

初回 および 長期治療の場合は更新月

●「施術報告書」(写し)

施術者から医師への報告書となります。

物像ロまだは问息ロ	1月 刈 州 川
15日まで	5カ月後の末日
16日以降	6カ月後の末日

初藤日本なけ同帝ロ・・・ 左効期間

初回同意を除く、長期治療の場合の更新月に「医師の同意書(原本)」と 併せてご提出ください。

② 医師の同意のない施術は、健康保険の対象となりません。
また、はり・きゅうの施術を受けながら、並行して医療機関で同じ傷病の治療を受けた場合、はり・きゅうの施術は健康保険扱いとなりませんのでご注意ください。

•「領収書」(原本)

施術日毎に1枚、あるいは1カ月単位の場合は施術日が全て記載され、 宛名は受診者のフルネームが記載されたものが必要です。

ご提出された書類はいかなる場合でもご返却はできません。 確定申告等の申請などで必要と思われる場合は、ご提出前に必ずコピーをお取りに なっておいてください。

申請にあたっての注意事項

- 歴月ごとに申請してください。
- 当健保において、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、 支給の決定は施術月より3ヵ月以上かかります。
- 治療内容等について、受診者・医療機関に照会を行う場合があります。
- 保険医の同意がある施術であっても、厚生労働省の通知に基づく審査により「保険適用と認められない」と判断した場合は、施術料の全額について自己負担となります。

常務理事	検 印	担当

決 定 年	月日	

療養費 支給申請書(はり・きゅう) 健康保険 族

									記入日	令和	年	月	
被	被保険者証の		記号	番号						生年月	日		
保 険	が保険する							□ 昭和□ 平成□ 令和		年	月		日
者の申	氏	名	(フリガナ) 					 					
請	住	所	₹	_									
者	電話者(日中の)		2 5	()								
情		- > 1 - > 1 /	5)	ᄱᄉᆦᆮᆑ	- 146 00 44 1 −								
報						_対して、内 ✓を入れて・		行うこと)	又は当語	該医療機	関等が	内容照	会
		答をする	ることに同意	意します。	(/を入れて		行うこと	又は当語	亥医療機	関等が	内容照	会
		答をする	ることに同意	意します。	(/を入れて		行うこと	又は当語	亥医療機 ————	関等が	内容照	会
チェ	ックシート	答をする (注)申	ることに同意	意します。 ・ ・ ・ チェックを	(口に	/を入れて	ください)						会
チェ	ックシート	答をする (注) 申 	ることに同意 請前に必ず 、施術日毎	意します。 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	(口に	くを入れてい	ください)						会
チェ	ックシート 「領収書」の フルネーム	(注)申記 (注)申記 (京本は、 が記載さ	ることに同意 請前に必ず 、施術日毎 されています	意します。 チェックを に1枚、あ すか?	(□ に。 行ってくた るいは1ヵ	/を入れてぐ さい。 □月単位の場	ください)	日が全て	記載さ	れ、宛名	は受診	者の	
チェ	ックシート 「領収書」の フルネーム	(注)申記 (注)申記 (京本は、 が記載さ	ることに同意 請前に必ず 、施術日毎 されています	意します。 チェックを に1枚、あ すか?	(□ に。 行ってくた るいは1ヵ	/を入れている。 □月単位の場合> 慢性的	ください) 場合は施術 な疼痛でそ	日が全て	記載さ	れ、宛名	は受診の治療	者のを受け	ttc
チェ	ックシート 「領収書」の フルネーム	(注)申記 (注)申記 (京本は、 が記載さ	ることに同意 請前に必ず 、施術日毎 されています	意します。 チェックを に1枚、あ すか?	(□ に。 行ってくた るいは1ヵ	/を入れている。 月単位の場合> 慢性的が、医師	ください) 場合は施術 な疼痛でる	日が全て	記載さ	れ、宛名	は受診の治療	者のを受け	ttc
チェ	ックシート 「領収書」の フルネーム	(注)申記 (注)申記 (京本は、 が記載さ	ることに同意 請前に必ず 、施術日毎 されています	意します。 チェックを に1枚、あ すか?	(□に 行ってくた るいは1ヵ される場合	/を入れて さい。 月単位の場合> 慢性的 が、医能 ですか	ください) 場合は施術 な疼痛でそ 師がこれ以 ?	日が全て その痛み! 上の治療	記載さ	れ、宛名 C保険医 「ないと ^料	は受診の治療	を受いた同じ	ナた 意書
チェ	ックシート 「領収書」の フルネーム	(注)申記 (注)申記 (京本は、 が記載さ	まずに必ず、施術日毎されています	意します。 チェックを に1枚、あ すか? 引めて申請	(□に 行ってくた るいは1ヵ される場合	✓を入れてごさい。□月単位の場合> 慢性的が、医能ですか※本人の希	ください) 場合は施術 な疼痛でそ 師がこれ以 ? 望により書	日が全て その痛み! 上の治療	記載さ こつい ^で 手段か った同か	れ、宛名 C保険医 「ないと*	は受診の治療	を受いた同じ	ナた 意書
チェ	ックシート 「領収書」の フルネーム	(注)申記 (注)申記 (京本は、 が記載さ	まずに必ず、施術日毎されています	意します。 チェックを に1枚、あ すか? 引めて申請	(□に 行ってくた るいは1ヵ される場合	/を入れて さい。 月単位の場合> 慢性的 が、医能 ですか	ください) 場合は施術 な疼痛でそ 師がこれ以 ? 望により書	日が全て その痛み! 上の治療	記載さ こつい ^で 手段か った同か	れ、宛名 C保険医 「ないと*	は受診の治療	を受いた同じ	ナた 意書
チェ	ックシート 「領収書」の フルネーム 「同意書」の	(注)申記の原本は、が記載で	またに同意 請前に必ず 、施術日毎 されていまっ ついて <初	意します。 チェックを に1枚、あ すか? リめて申請 期治療の	(□に 行ってくた るいは1ヵ される場合 場合>6	✓を入れてごさい。□月単位の場合> 慢性的が、医能ですか※本人の希	ください) 場合は施術 な疼痛でで 師がこれ以 望により書 意書を提 出	日が全て その痛み! 上の治療 いてもら	記載さ こつい ^を 手段かった同かますか	れ、宛名 て保険医 「ないと [‡] () 書は対	の治療 判断され	:者の を受い いた同: りませ	ナた 意書

健保記!	SEQ	本人•家族	請求年月	施術日	元金額	支給決定金額			
記入欄		本・家	年月	日	千 円	千 円			

□ 3枚目の給付金振込口座を確認済ですか? 任意継続被保険者あるいは特例退職被保険者の方は記入不要です。

□ 今回の申請が、仕事中、通勤途中、相手のいる事故等ではないですか?

該当する場合は、必ずパナソニック健保へご連絡ください。

健保受付印

健康保険 家

被保険者 家族 療養費 支給申請書(はり・きゅう) _{令和6年9月施術分まで使用}

		今回	の申詞	清は、仕	事中、通	勤中、相手	のいる	事故	等に該当	しません	ん。※該当	首の場	合、必っ	扩健保	くへご連絡	各くだ	さい
被保険	1.	受診	者			1. 被保 2. 被扶		氏名				生年月日	2.	昭和 平成令和	年	月	田
者 記	2.	傷病	名								3. 発病 負傷	iまたに 年月I	^	平成 [令和 [年	月	
欄			の原医(詳しく	および ()	その	1. 病 2. ケ 3. 不 4. その	気が明し他	(原因	国及び経過?	を具体的	(=)						
		;	初療	年 月	日			施	術 期	間			実日	数	申請	区	分
		□平月□令和	1 !	年月	日	□平成□□令和□□	年	月	. •	平成	年月	日		日	新規	• 継糸	売
		傷疹		1.神経	痛(部位	:)	יעי.2	ウマチ	3.頚腫	宛症候群	4.	五十扉		転	帰	
施				5.腰痛	症 6	.頸椎捻挫	後遺	症	7.その他	<u>ቱ</u> (,) ;	継続・治癒	•中止•	転医
術	施	初記 1.(;		2.きゅう	3.は	り、きゅう併	·用						ſ	–	摘	要	
者			はり							円:	× 回	=		円			
	術	施	きゅう	ō						円:	× 回	=		円			
は	内	術	はり、	きゅう	#用					円:	× 回	=		円			
り	容	料	電気:		電気温灸	器 3.電気)	光線器.	具		円:	× 回	=		円			
師	欄	往	療	料 41	cmまで					円:	× 回	=		円			
•		山	/沃 /		km超					円:	× 回	=		円			
きゅ		施 征	析報台	音書交	付料(前	回支給:	年	月)		円:	× 回	=		Ħ			
う				費	用	総 額								円			
師)		施術	けり ┣	通院○	-	12345	678	9 10 1	11 12 13 1	4 15 16	6 17 18 19	20 21	22 23	24 25	26 27 28	29 3	0 31
記	施	上記	Eのとお	り施術を		の費用を徴り	収しまし	た。	保健所登	经绿区分	1.施	術所用	近在地	2.出引	長専門施	析者住	E所
入	術		令和	年	月	日		-	住所(所	在地)							
	証	免許	登録番	号			はり師		施 術 i 氏	听 名 名							
欄	明 書	免許	-登録番	号 🗌			きゅう師	ī	電	話		()			
	同	同点	意医師	の氏名		同意医	師の	住所		同意	年月日	1	傷病	名	要加	療期	間
	同意記録																
	錸																

健康保険

被保険者 療養費 支給申請書(はり・きゅう)

退職者(申請者)記入用

給付金は任意継続被保険者、特例退職被保険者へ加入時に記入いただいた被保険者本人の口座へ振込となります。 ただし、被保険者死亡のため相続人が申請者となる場合は、下記の振込先を記入ください。

	現在の状況について、	2	コード番号	(金融機関	コード)		(店番コード)	
① 振	お尋ねします。 □1. 在職中	②資格喪	金融機関名称			(銀行)(金庫) (信組) (その他)()		(本店)(支店)
振込先の	□ 2.現在、任意継続被保険者、 特例退職被保険者として パナソニック健保に加入中	失の場合	預金種別	普通	口座番号			(右づめ)
の 確 認	□3.令和 年 月 日脱退	台の振込	_ + + + -				ご記入ください。 保険者名義のロ	濁点、半濁点は <u>座に限る</u>
	「3」に該当する方のみ、	戸座	口座名義人					
	❷ をご記入ください		公金受取口座			イナポータル等 場合は右記に		た公金受け取り
	※ 被保険者死亡のため相続人がただし、死亡時に相続人がパ							 更です。

【「領収書」原本貼付 】