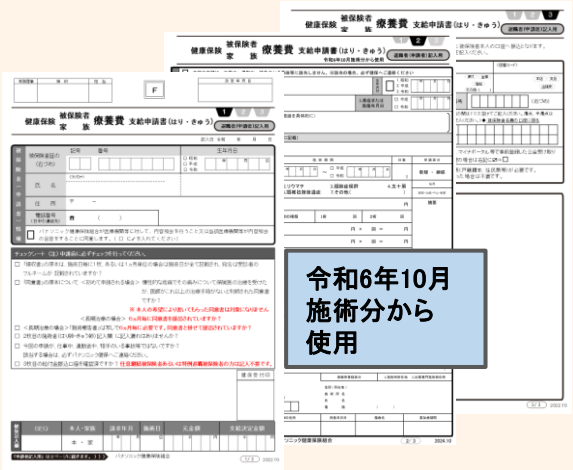
健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（はり・きゅう）の手引き

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

初療日または同意日	有効期間
15日まで	5カ月後の末日
16日以降	6カ月後の末日

- **「施術報告書」（写し）**
  施術者から医師への報告書となります。
  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。

  ㊟ 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

F

決 定 年 月 日

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（はり・きゅう）

1 2 3

退職者（申請者）記入用

記入日　令和　　年　　月　　日

被保険者（申請者）情報

被保険者等記号・番号（右づめ）	記号　　番号	生年月日 ☐昭和 ☐平成 ☐令和　　年　　月　　日
氏　名	（フリガナ）	
住　所	〒　　－	
電話番号（日中の連絡先）	☎　　（　　）	

☐ パナソニック健康保険組合が医療機関等に対して、内容照会を行うこと又は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。（ □ に✓を入れてください）

チェックシート （注）申請前に必ずチェックを行ってください。

☐「領収書」の原本は、施術日毎に1枚、あるいは1ヵ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 記載されていますか？

☐「同意書」の原本について

＜初めて申請される場合＞ 慢性的な疼痛でその痛みについて保険医の治療を受けたが、医師がこれ以上の治療手段がないと判断された同意書ですか？

※ 本人の希望により書いてもらった同意書は対象になりません

＜長期治療の場合＞ **6ヵ月毎に同意書を提出されていますか？**

☐ 長期治療の場合、「施術報告書」が**6ヵ月毎に必要となります。同意書と併せて提出されていますか？**

☐ 2枚目の施術者（はり師・きゅう師）記入欄 に記入漏れはありませんか？

☐ 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。

☐ 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。**

健保受付印

健保記入欄

SEQ	本人・家族	請求年月	施術日	元金額	支給決定金額
	本 ・ 家	年　月	日	千　円	千　円

「申請者記入用」は２ページに続きます。 〉〉〉

パナソニック健康保険組合

2024.12

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（はり・きゅう）

令和6年10月施術分から使用

退職者（申請者）記入用

被保険者記入欄

☐ 今回の申請は、仕事中、通勤中、相手のいる事故等に該当しません。※該当の場合、必ず健保へご連絡ください

1.受診者	☐1.被保険者 ☐2.被扶養者	氏名		生年月日	☐1. 昭和 ☐2. 平成 ☐3. 令和 年 月 日
2.傷病名			3.発症または負傷年月日		☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
4.傷病の原因およびその経過（詳しく）	☐1.病気 ☐2.ケガ ☐3.不明 ☐4.その他	（原因及び経過を具体的に）			

5.施術した場所（健保に届出している住所と異なる場合に記載）

施術者（はり師・きゅう師）記入欄

施術内容欄

初療年月日	施術期間	日数	申請区分
☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 ～ ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	日	新規 ・ 継続

傷病名 1.神経通（部位： ） 2.リウマチ 3.頚腕症候群 4.五十肩
5.腰痛症 6.頸椎捻挫後遺症 7.その他（ ）

転帰：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
施術料	はり・きゅう	施術の種類	1術 回	2術 回
	通所			円 × 回 ＝ 円
	訪問施術料1			円 × 回 ＝ 円
	訪問施術料2			円 × 回 ＝ 円
	訪問施術料3（3人から9人）			円 × 回 ＝ 円
	訪問施術料3（10人以上）			円 × 回 ＝ 円
電療料（加算/ 1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具）				円 × 回 ＝ 円
特別地域（加算）				円 × 回 ＝ 円
往療料				円 × 回 ＝ 円
施術報告書交付料（前回支給： 年 月分）				円 × 回 ＝ 円
費用総額				円

摘要

施術日		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
通所○ 往療◎	訪問1① 訪問2② 訪問3③																																

往療又は訪問の理由 1.独歩による公共機関を使っての外出困難 2.認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難
3.その他（ ）

施術証明欄

上記の通り施術を行い、その費用を徴収しました。

令和 年 月 日

免許登録番号 はり師

免許登録番号 きゅう師

保健所登録区分：1.施術所所在地 2.出張専門施術者住所

住所（ 所在地 ）
施 術 所 名
氏 名
電 話 （ ）

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

健康保険 被保険者 家族 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。

❶振込先の確認

現在の状況について、お尋ねします。

☐1. 在職中

☐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

☐3.令和　年　月　日脱退

「3」に該当する方のみ、❷をご記入ください

❷資格喪失の場合の振込口座

コード番号	（金融機関コード）	（店番コード）
金融機関名称	☐銀行 ☐金庫 ☐信組 ☐その他（　）	☐本店 ☐支店 ☐出張所
預金種別	普通	口座番号 □□□□□□□（右づめ）
口座名義人	▼ カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点、半濁点は1文字としてご記入ください。）◆被保険者名義の口座に限る	
公金受取口座	上記口座でなく、マイナポータル等で事前登録した公金受け取り口座を利用希望の場合は右記に☑⇒☐	

※ 被保険者死亡のため相続人が申請者となる場合は、被保険者との続柄（戸籍謄本、住民票等）が必要です。
ただし、死亡時に相続人がパナソニック健康保険組合の被扶養者であった場合は不要です。

【「領収書」原本貼付 】

2024.12