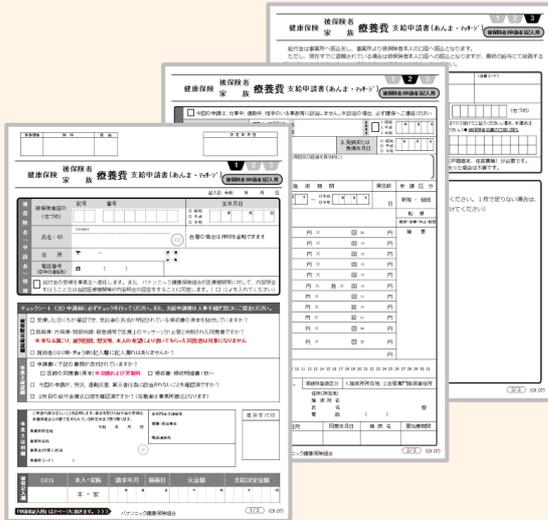


健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(はり・きゅう)の手引き 家 族

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2～4ページ目です。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、被保険者ご自身をご記入ください。
- 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。

6カ月更新のため、「医師の同意書（原本）」と併せてご提出ください。

④ 注 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、はり・きゅうの施術は健康保険扱いとはなりませんのでご注意ください。

● 領収書の原本

受診者名・診療年月が記載されたもの

提出された書類はいかなる場合でも返却はできません。

必要と思われる場合には、提出前にあらかじめコピーを取っておいてください。

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

常務理事	検印	担当

記入例

決定年月日

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (はり・きゅう)

1 2 3
被保険者(申請者)記入用

記入日 令和 3 年 7 月 8 日

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者証の (右づめ)	記号 1 0	番号 1 2 3 4 5 6 7	生年月日 昭和 5 2 0 9 1 0 平成
	氏名 (フリガナ) ケン ポ タ ロウ 健保 太郎	電話番号(日中の連絡先) ☎ 012 (345) 6789		
	住所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 △△県 △△市 △△町 △△番 △△号 △△			
<input checked="" type="checkbox"/> 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。また、支給申請書は人事手続き窓口にご提出ください。

被 保 険 者 確 認 欄	<input checked="" type="checkbox"/> 受療した日にちが確認でき、受診者の氏名が明記されている領収書の原本を貼付していますか？
	<input checked="" type="checkbox"/> 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。
	<input type="checkbox"/> 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？

再同意の場合は、「施術報告書(コピー)」の提出も必要となります。

事 業 主 確 認 欄	事業所記入欄 被保険者は記入しないでください
----------------------------	---------------------------

事 業 主 証 明 欄	事業所記入欄 被保険者は記入しないでください	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
	健保記入欄 被保険者は記入しないでください					

今回の申請は、工作中、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

被保険者記入欄

1. 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 氏名 健保 太郎	生年月日 <input type="checkbox"/> 1	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年 月 日 5 2 0 9 1 0
2. 傷病名	神経痛	3. 発病または負傷年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 3 0 1 1 1 7
4. 傷病の原因 およびその経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病 気 2. ケ ガ 3. 不 明 4. その他	(原因及び経過を具体的に) 脊髄炎後の痙性があり、既存の内科治療が有効でなく発症から1年以上経過しているが全快に至っていない		

施術者(はり師・きゅう師)

施術内容欄

施術証明書

同意記録

施術者記入欄
被保険者は記入しないでください

