【令和6年9月までの施術分用】

健康保険組合 常務理事殿



健保受付番号	
20 .	
	点検・担当
部・室・支社	
会社名 (子会社等)	
(TEL)

療養費・家族療養費請求書(はり・きゅう用)

※ 被	は保険者の	の方は、	以下太絲	見の枠内の必要	要全項目を	記入し	、添付書類	を確認の	うえ提	出して	ください	, \ ₀					
	また、別	療養を受	けた医療	。合わせて約 機関等に住友 とに同意しま	工生命健康						請求 年月日	令和	I	年		月	日
被		保険証 −番号		_					支部	名							
保険者	氏 (署	名 名)							生年月	日	□昭≉	和 年	□平成 月	日	(歳	.)
			(₹	_)			電話番	号		-			_		,
	住	所			都 道 府 県												
Δ <u>V</u> ,		名 _{者の場合は} 不要					□男□□	女 ※	生年月 坡保険者の 記入不要	場合は	□昭≉	和 年	□平成 月	口 目]令和 (.)
受診者	傷症								支払っ? 金額		必ず領収	書・明経	囲書の原本	を添付		F.]
の状	施術	期間	令和 令和	年年	月 月	日日	から		発病また 負傷年月		□平月	成 年	□令和 月	日			
況	受診(の原因		記以外の私傷 逐通事故・第三	病 口労災	災 (業務	务上災害・通 の際は健保組					三者行	為による	る負傷			
	初療生			年 月	日		術期間		年	月	目	\sim	4	F	月	E	
	実	日数	日	日 請求区分 (新規・継続) 転帰 (継続・治癒・中止・転医) 摘要													
	傷物			. 神経痛2. リウマチ3. 頚腕症候群4. 五十肩5. 頸椎捻挫後遺症7. その他(痛症)							
	初村	負料	1. はり 2. きゅう 3. はりきゅう併用								円						
			はり								円×		□ :	=		F.	
l.,			きゅう								円×			=		<u> </u>	
はり	施征			・きゅう併用 斗(1. 電気針	0 電气泪	久里 つ	電	1			円 × 円 ×			=		<u></u> 円	
•			电源不	7 (1. 电刈町	4 km		. 电刈儿脉奋只	;)			円 X					F.	
き			往療料	斗	4 km						円 ×			=		<u> </u>	
ゆう	施術報告	書交付料	(前回	支給		_ 月分)					円×		回:	=			
師			費	用額計												F.]
記入	施行 通院〇	行日 往寮◎	月				0 11 12 13 1		17 18	19 20	21 22	23 24	25 26 2	27 28 2	29 30	31	
欄			上記 <i>0</i> 令和	りとおり施術 年	を行い、そ 月		用を領収しま 日	した。				保健所 録区分		術所所 出張専門		者所在是	也
	施術語	正明欄	所名								<u> </u>						
	20113		施術 氏名	所名 3							電話番 免許登	号 録番号	-	_		_	
			同意图	医師の氏名	住所ま	たは医	療機関名		司意年月	日		傷症			要加	療期間	1
	同意	記録						年	月		日						
	公年	沙山	4£Tril								-	学 教	理事	点机	全	担当	老
健保	給種 区分	診療 区分	種別 コード	受	診期間		支給決定日	R				田 4分	生ず	<i>™</i> 1	K.	1H =	17H
欄							支給額				<u>円</u>						

健康保険証の記号番号に代えてマイナンバーで申請する場合は備考欄に記入してください。 (マイナンバーで申請する場合は本人確認書類等の提出が必要ですので、事前に健康保険組合にご連絡ください)

(2024.1)

•			I.HI
Æ	-	老	Tie
- 1	ш	\sim	/ 1 ′1₽

【令和6年10月以降施術分用】

健康保険組合 常務理事殿

part .	1
/	1
/	,
{	}
1	/
1	
No.	

健保受付番号	
20	
	点検・担当
部・室・支社	
会社名 (子会社等)	
(TEL)

□平成

□交通事故 □第三者行為による負傷

発病または

負傷年月日

□令和

(2-1)

療養費・家族療養費請求書(はり・きゅう用)

※被保険者の方は、以下太線の枠内の必要全項目を記入し、添付書類を確認のうえ提出してください。

受診	※被保険者の場合は 記入不要 傷病名						※依保険者の場合は 記入不要 支払った	必ず領収	年 書・明紀	月 囲書の原本を	日 :添付	(歳)
	氏 名 ※被保険者の場合は				□男	□女	生年月日 ※被保険者の場合は	□昭≉	和	□平成	□ 4	令和		
	住 所		都 道府 場											
		(〒	_)			電話番号		_	-	-	_		
保険者	氏 名 (署 名)					生年月日	□昭和	年	□平成 月	目	(歳)	
被保	健康保険証 記号一番号		_				支 部 名							
	下記のとおり請 また、療養を受 当申請内容を照	けた医療機	関等に住友生命					請求 年月日	令和		年	月		目

※交通事故・第三者行為による負傷の際は健保組合へ第三者行為災害届等を必ず提出してください。

添付必要書類

施術期間

受診の原因

乔	
VI.	

状

令和

令和

年

年

月

□右記以外の私傷病 □労災 (業務上災害・通勤災害)

月

から

・施術代金の領収書の原本・施術に対する医師の同意書の原本 初療日/再同意日から6か月毎に添付が必要。

支給方法	・給与に含めて支給する。支給月に給与がない場合は、所属等から指定口座に支給する。 ・任意継続被保険者、特例退職被保険者は、保険料を引去りしているゆうちょ銀行口座へ21日(21日が非営業日の場合は 翌営業日)に支給する。
支給時期	・毎月20日(20日が非営業日の場合は前営業日)までに健康保険組合で受付した請求書について、翌月に支給する。 ・21日以降に到着した請求書は、翌々月に支給する。 ・不備により返送した請求書は、不備整備後、健康保険組合で受付した日にもとづいて支給する。
時 効	療養に要した費用を支払った日の翌日から 2年以内に、健保組合へ必着のこと 。

提	在籍の被保険者	支社等の所属、ま	たは事業所の健	保事務担当を経由して健康保険組	合へ	
出	任意継続被保険者	住友生命健康保	険組合あて直接流	送付		
先	特例退職被保険者	【送付先】	〒540−8512	大阪市中央区城見1-4-35	住友生命健康保険組合	宛

佐 区分 区分 ユート	ż		給種	診療	種別	受診期間	支給決定目	R	常務理事	点検	担当者
			<u></u>	区分		文砂州川	文和 依是 1	K			
								円			
	*	[196]					文紹観	円			

健康保険証の記号番号に代えてマイナンバーで申請する場合は備考欄に記	し入してください。
(マイナンバーで申請する場合は本人確認書類等の提出が必要ですので、	事前に健康保険組合にご連絡ください

(2024.10)

備考欄			

【令和6年10月以降施術分用】

施術内容記入用紙(はり・きゅう)

(2-2)

	受診者氏名														生年月日							□昭和・□平成・□令和								
	<u> </u>		-															I .				年					日			
	初療年月日							施。徐						期	間						実日	数		請			区			
	() 年 月 日						É	ョ・令	介和	年	月	日	ı ~∃	至・台	う和		年月	1	日			日		新	規	•	継	続	ŧ	
	傷病名 1. 神経痛 2. リ							リウマ	チ			3	3.頸	腕症	主候和	群	4. 五十肩			甫	7		転転							
施術內容欄	5. 腰痛症 6. 頸椎								頚椎捻	£捻挫後遺症 7. その他()		ŕ	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								1												円			摘		要				
		はり・	きゅう								施術の種類				Ť	_	E	回 2 術				口								ŀ
			通序	f			円:				円×				□	=			円											
			訪問	月施術料	學 1								F	Ч×	回=				円											
	施術		訪問	月施術料	卧 2								F	Ч×		<u></u>]=		円											
	料		訪問	月施術料	學 3	3 (3	人~	9人)		_			_		_	F	Ч×		<u></u>]=		円								
			訪問	引施術料	타 3	3 (10)人以	上)								F	Ч×		巨]=		円								
		電療物								Р	Ч×		П]=		円														
		特別地域(加算)														Р	円×		п]=		円								
	往療料															Р	Ч×		П]=		円								
	施術報告書交付料(前回支給: 年 月分)															Р	円×		<u>-</u>	=		円								
	費用額計								\perp	_			_			_	1 1			- 1	1	円	Ь,	1		_				
		日 訪問 1 ○		1 2	2 3	4	5	6	7 8	9	10	11	12	13	14	15	5 16	17	18	19	20 21	22	23 24	25	26	27	28	29	30	31
	往療② 訪問3③ 月									L	L	L	L	<u>L</u>		\perp									<u> </u>	<u></u>		\perp		
	往療又は訪問の理由 1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難 2. 認知 3. その他(印症	[や視	P視覚、内部、精神障害などにより)						り独さ	油歩による外出困難										
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															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								
	免許登録番号											はり	り自	币		住	主所	₹		_	=									
	免許登録番号										_	きゅ	う自	昕		_									_					
	同意医師の氏名 住								所				\top			f 名 意 年	Е В	Н			傷	病			話	亜	加療	##	3	
同意	四条位加水							11-		D	-			+		IHI	<i>∞</i> +	- 71	Н			195	71/3	-1	-	+	女/	2H7/K	/91日	-
記録															4	令和	年	月	E	1										