ルネサス健保使用欄

| 支給決定額 | | | 決裁 | 常務理事 | 事務長 | 主 任 | 担 当 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 法定 | 円 | | | | | |
| | 付加 | 円 | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 同年月日 | 令和 年 月 日 | 資格取得日 | 平成 令和 年 月 日 |
| 決済年月日 | 令和 年 月 日 | 資格喪失日 | 令和 年 月 日 |
| 支払年月日 | 令和 年 月 日 | 扶養認定日 | 平成 令和 年 月 日 |

ルネサス健康保険組合御中 （送付先は、下記参照）

# 健康保険　被保険者 被扶養者　療養費申請書（　　年　月施術分）（はり・きゅう用）

| 提出日 | 令和 年 月 日 |
|---|---|

## 被保険者情報

※枝番(-00)記入は不要です。

| 被保険者の記号・番号(右詰め) | | 被保険者氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
|---|---|---|---|---|---|
| 記号 | 番号 | | | | |

| 事業所(いずれかに✔) | 従業員番号(任継・特退は記入不要) | 日中の連絡先 電話番号 | 連絡用メールアドレス |
|---|---|---|---|
| □REL □RSMC □任継・特退 | | | |

## 申請内容

| 対象者が被扶養者の場合はその氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 続柄 | | 生年月日 | 昭和 平成 令和 年 月 日 |
|---|---|---|---|---|---|
| 傷病名 | | | | 発病又は負傷の年月日 | 平成 令和 年 月 日 |
| 発病又は負傷の原因及びその経過 | | | | 業務上・第三者行為の有無 | 有 □業務上 □第三者 無 |
| | | | | 施術に要した費用の額 | 円 |

委任状【給付金は在籍している事業主から給与支給となる為、下記へご記入ください。】

本請求に基く給付金に関する受領を 事業主 に委任します。

令和 年 月 日　　被保険者の氏名

退職者(予定者含む)は下記へ記入願います。任意継続被保険者・特例退職被保険者は登録口座へ振込ますので記入不要です。

| 退職日：令和 年 月 日 | 銀行 支店 普通・当座 口座番号 |
|---|---|
| | 被保険者口座名義(カナ) |

## はり・きゅう師記入欄

| 初療年月日 | 施術期間 | 実日数 | 請求区分 | 転帰 |
|---|---|---|---|---|
| 平成 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日～令和 年 月 日 | 日 | 新規・継続 | 継続・治癒・中止・転医 |
| 傷病名 | 1.神経痛 2.リウマチ 3.頸腕症候群 4.五十肩 5.腰痛症 6.頚椎捻挫後遺症 7.その他( ) | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 初検料 1.はり 2.きゅう 3.はり、きゅう併用 | | 円 | 摘要 |
| 施術料 | はり | 円×　回＝ 円 | |
| | きゅう | 円×　回＝ 円 | |
| | はり・きゅう併用 | 円×　回＝ 円 | |
| | 電療料 1.電気針 2.電気温灸器 3.電気光線器具 | 円×　回＝ 円 | |
| 往療料 4kmまで | | 円×　回＝ 円 | |
| 往療料 4km超 | | 円×　回＝ 円 | |
| 施術報告書交付料（前回支給:　年　月分） | | 円×　回＝ 円 | |
| 合計 | | 円 | |

| 施術日 月 | 通院○ 往療◎ | 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 |
|---|---|---|

| 施術証明欄 | 上記の通り施術を行い、その費用を領収しました。 令和 年 月 日 | 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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿はり師 | 住所 | |
| | 免許登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿きゅう | 施術所名称 | |
| | | 氏名 | 電話 |

## 同意記録

| 同意医師の氏名・住所 | 住所 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 氏名 | | 電話 | |
| 同意年月日 | 令和 年 月 日 | 要加療期間 | | |
| 傷病名 | | | | |

**＜注意事項＞**

・医療機関の領収書原本と、「医師の同意書」原本を添付してください。
・但し、同意書においては、療養費の支給が可能な期間内※における2回目以降の請求では省略可能。
　※ 初療又は再同意日から起算して5ヶ月後の月末(初療又は再同意日が月の15日以前の場合)、6ヶ月後の月末(初療又は再同意日が月の16日以降の場合)
・施術報告書交付料を請求の場合は、写しを添付してください。(6ヶ月に一度請求可)

**＜申請書の送付先＞**

| 加入区分 | 送付先 |
|---|---|
| 一般被保険者 | ソーシャリンクス株式会社・ソシア社労士オフィス［〒105-0003 東京都港区西新橋1-18-6-11F］<br>社内郵便:本／ソシア社労士オフィス ※社内郵便は到着まで数日～1週間程度かかります。お急ぎの場合は日本郵便をご利用ください。 |
| 任意継続、特例退職被保険者 | ルネサス健康保険組合［〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1］ |

| 事業所担当者印 | 健保インプット | 健保受付日付印 |
|---|---|---|
| | | |