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					

伺年月日	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

療養を受けた者の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ 男・女	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
発症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
施術した場所 (入居施設に入居している場合及び被保険者の住所と異なる場合に記載)				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
平成 令和　年　月　日	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日	日	新規・継続
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(			転帰
初検料 1.はり 2.きゅう 3.はりきゅう併用		円	継続・治癒・中止・転医

施術料		施術の種類	1術　回	2術　回	摘要
はり・きゅう	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～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電気高専器具)		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	
明細書発行加算		円 ×	回 =	円	
費用額計		円 ×	回 =	円	

施術日	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
月 通院○ ① 訪問1 ② 訪問2 ③ 訪問3																															
往療◎																															

往療又は訪問の理由 (1. 徒歩による公共交通機関を使っての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害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＿＿＿＿＿＿＿＿ きゅう師	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］ 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